

健康保険 被保険者 家族

出産育児一時金・付

※黄色部分のみご記入ください

◎記入するときは、「注意事項」をご覧ください

① 被保険者等 記号・番号	〇〇〇	・	〇〇〇	② 事業所	大阪本社	・	東京本社	・	退職済							
③ 被保険者 氏名	健保 太郎				④ 被保険者の 生年月日	昭和 平成	〇	年	〇	月	〇	日				
⑤ 被扶養者の出産である ときは被扶養者の氏名	健保 花子				⑥ 被扶養者の 生年月日	昭和 平成	〇	年	〇	月	〇	日				
⑦ 出産日	令和	〇	年	〇	月	〇	日	⑧ 出産児数	1	人	⑨ 死産児数		人			
⑩ 出産児の 氏名	健保 次郎				⑪ 出産児はあなたの 被扶養者ですか	はい										
⑫ 次に該当する方は右欄をご記入ください。 ・被扶養者が扶養認定後6ヶ月以内に出生した場合は 「被扶養者が以前加入していた健康保険」について ・被保険者が資格喪失後に出生した場合は、 「現在加入の健康保険」について * 保険者名について 全国健康保険協会の場合は支部名を 国民健康保険の場合は市町村名を 記入してください。					被保険者等 記号： 〇〇〇 番号： 〇〇〇 フリガナ ケミイ ハナコ 被保険者氏名： 組合 花子 保険者名： △△健康保険組合 全国健康保険協会 支部・健康保険組合・共済組合・国民健康保険 電話 (06) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇											
上記のとおり請求します。⑫に該当する場合、上記の他の保険者には申請しません。 また、そのことについて当該保険者に対し当組合					※自宅住所をマンション名、部屋番号までご記入ください											
令和 〇 年 〇 月 〇 日					⑬ 被保険者	住所	〒 530 - 0005 大阪府大阪市北区中之島〇-〇-〇 氏名 健保 太郎 〇〇マンション〇号室 電話 (06) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 ※日中お電話がにつながる番号をお書きください。									
⑭ 出 産 年 月 日					平成・令和	年	月	日	⑮ 出生児の数				単胎	・	多胎	(児)
⑯ 医師又は助産師が証明するところ					・医師又は助産師が証明するところ ・市区町村長が証明するところ ※いずれか一方で証明を受けてください どちらかに記入ください											
⑰ 市区町村長が証明するところ																
⑱ 市区町村長が証明するところ																
⑲ 市区町村長が証明するところ																

被保険者が記入するところ

⑭委任状					⑮振込先口座									
※振込先口座を被保険者以外の方の 口座に指定する場合のみ ご記入ください					マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を 利用します									
					利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入									
					〇〇					〇〇〇〇				
					銀行					店・本店				
					金庫					支店・出張所				
預金 種別					普通					口座 番号				
口座 名義					健保 太郎									