

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 (申 請 者)	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	-		被 保 険 者 (申 請 書) 氏 名	(フリガナ)	
	被 保 険 者 (申 請 者) 住 所	〒 - - 電話 - -				
	事 業 所	名 称				
		所 在 地				
	出 産 した 年 月 日	令和 年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)		
	被 扶 養 者 が 出 産 した 時 刻 は その 者 の	氏 名 (続 柄)	()	生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日	
	出 生 児 の 氏 名 (続 柄)	()				
の 記 入 す る と こ ろ	出 産 した 被 扶 養 者 が 認 定 後 6 ヶ 月 以 内 の 分 娩 の 場 合 、 そ の 者 に 関 した 状 況	認 定 さ れ る 前 に 加 入 し て い た 健 康 保 険 は	イ. 国 民 健 康 保 険 (地 方 自 治 体)	ロ 又 は ハ の 場 合 に 記 入		
			ロ. 組 合 管 掌 健 康 保 険 (健 康 保 険 組 合)	勤 務 し て い た 事 業 所 名 称		
			ハ. 全 国 健 康 保 険 協 会 管 掌 健 康 保 険	退 職 日	令和 年 月 日	
			ニ. 親 等 の 被 扶 養 者 ホ. そ の 他 ()	健 康 保 険 の 組 合 名 又 は 事 務 所 名		
			記 号 ・ 番 号	-		
日 雇 特 例 被 保 険 者 として 支 給 を 受 けた 場 合 は その 額	円	出 生 児 が 被 保 険 者 の 被 扶 養 者 で ある か	あ る ・ ない	出 生 児 が 被 保 険 者 の 被 扶 養 者 で ない 場 合 は その 理 由		
被 保 険 者 名 義 (申 請 者) 受 取 金 融 機 関	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協	本 店 支 店	種 別 普 通 当 座	口 座 番 号	7ケタで記入	
				口 座 名 義 (カタカナ)		

市 医 区 町 村 長 が 助 証 明 する ところ は	出 産 者 氏 名			出 産 年 月 日	令和 年 月 日	
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日					
	医 療 施 設 の 所 在 地 医 療 施 設 の 名 称 医 師 ・ 助 産 師 の 氏 名					
	本 籍			筆 頭 者 氏 名		
	母 の 氏 名		出 生 児 氏 名	出 生 年 月 日	令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
市区町村長名					Ⓜ	

(千葉県トラック健康保険組合)

※ 医師・助産師又は市区町村長が証明するところの欄はどちらか一方の証明が必要です。

支 払 日 付 印 / 受 付 日 付 印

<添付書類>

1. 出産費用の内訳を記した明細書の写し
2. 医療機関等との出産育児一時金直接支払制度を不利用の合意文書の写し