

被保険者  
家族 出産育児一時金請求書

中部アイティ産業健康保険組合 御中

請求者の記入欄	被保険者証の記号・番号	—	請求年月日	平成	年	月	日	
	事業所名		被保険者名					印
	分娩年月日	平成	年	月	日	被保険者銀行口座	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	分娩者	氏名		(フリガナ)口座名義				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日	口座番号	
	出生児	続柄		住所	〒 —			
		氏名						
		続柄 (例:長男・長女)						
		氏名						
	欄	続柄 (例:長男・長女)		連絡先	( )	—		
(被保険者が出産したとき)資格喪失後の請求ですか? はい・いいえ →「はい」のときは右の欄に資格喪失後に加入している健康保険組合についてご記入下さい。			い ず れ か 被保険者の氏名 ( ) 記号・番号 ( — )	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ ( )支部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 ( )健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 市町村名 ( )				
(家族が出産したとき)家族が退職後6ヶ月以内の請求ですか? はい・いいえ →「はい」のときは右の欄に退職前に加入していた健康保険組合についてご記入下さい。								

医師・助産師又は市区町村長の証明	分娩者氏名		分娩年月日	平成	年	月	日	
	生産又は死産の別	生産・死産(ヵ月) 男・女	出世児の数	単胎・多胎 (児)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。平成							年
	医療施設の名称・所在地							
	医師・助産師名							印
	電話							
本籍	都道府県				筆頭者氏名			
出生届出日	平成	年	月	日	出生児氏名	出生年月日		
上記のとおり相違ないことを証明する。平成							年	
市区町村長名							印	

マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付してください。なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付してください。  
マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)

備考

健保組合処理欄	本人資格	取得	年	月	日	産科医療補償制度 スタンプ 有・無		
		喪失	年	月	日	支給金額	円	
	被保険者期間	1年以上	有・無	常務理事	事務長	担当	確認	
	被扶養者認定日	年	月	日				
	支給決定日	年	月	日				
支給日	年	月	日					

- (注) 1. この出産育児一時金の請求は妊娠4ヵ月以上の胎児を分娩した場合に請求してください。  
 2. 希望振込銀行は被保険者名義の口座をご記入下さい。  
 3. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写しと合意文書の写しを添付してください。