

被 保 険 者 家 族 出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

記入例

<確認欄>この申請書について、下記①又は②の要件を確認して✓を入れてください。
 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

		請求日		年	月	日
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等の記号・番号		② 被保険者の氏名		③ 生年月日	
	記号	1	番号	1111	健保 太郎	
	④被保険者の現住所・電話番号		〒000-0000		〇〇市〇〇町1-2-3	
			TEL 000 (0000) 0000			
	⑤勤務している又はしていた事業所の名称			セコム株式会社		
	⑥出産した年月日		〇〇年 〇月 〇日		⑦死産のときはその旨	
	⑧出産した病院・産院等の名称・所在地		名 称 〇〇産婦人科医院		所 在 地 〇〇市〇〇町1-1-1	
	⑨被扶養者が出産したための請求であるとき		氏 名	健保 花子	生 年 月 日	〇〇年 〇月 〇日
	⑩ 出生児の氏名		健保 次郎	⑪ 被保険者と出生児との続柄	二男	⑫ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか
					ある ない	
	⑬ 出生児が被保険者の被扶養者でないときは、その理由				⑭ 他の制度から給付を受けているかどうか	受けている 受けていない
	⑮ 被保険者が出産した場合		該当する支給要件はどちらですか ア 被保険者期間中のお産 イ 資格喪失後6ヵ月以内のお産 (資格喪失後加入している医療保険制度を⑰～⑳に記入してください)		⑯ 家族(被扶養者)が出生した場合	家族があなたの被扶養者になった時期 ア 出産日より6ヵ月以上前 イ 出産日より6ヵ月以内 (セコム健保の扶養者になる前に加入していた保険を⑰～⑳へ記入してください)
	⑰ 健保・国保(市区町村)名		⑱ 左記の連絡先		⑲ 被保険者氏名	
	〇〇〇健康保険組合		TEL 00 (000) 0000		健康 花子	
	⑳ 振込希望金融機関名	金 融 機 関	〇〇〇銀行		金融機関コード	0005
店 名		〇〇〇支店		支 店 コード	010	
預 金 の 種 別		普通 当座		口 座 番 号	1234567	
フ リ ガ ナ		ケンポ タロウ				
口 座 名 義		健保 太郎				
㉑ 被保険者名義以外の口座に振込みを希望するときは、下記 ㉒ 委任状に記入してください。 <お振込先の確認のため、お手続きにお時間をいただく場合がございます。予めご了承ください。>						
㉒ 委任状 本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日 被保険者 住所 氏名 代理人 住所 氏名						

医 師 又 は 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	㉓ 出産した年月日	年 月 日	㉔ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月又は 週)	
	㉕ 出生児の数	単胎・多胎(児)	㉖ 備考		
	上記のとおり相違ないことを証明する。				年 月 日
市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	医療施設の所在地 名 称		Tel ()		
	㉗ 本 籍			㉘ 筆頭者氏名	
	㉙ 出生届出日	年 月 日	㉚ 出生児氏名	㉛ 出生年月日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 *押印省略不可				年 月 日	
市区町村長名		Tel ()			

●添付書類が必要→次頁参照