

出産育児一時金 健康保険 家族出産育児一時金 支給請求書

※この請求書は、直接支払制度を利用されていない方を対象とするものです。平成 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号一番号	—	②被保険者の 氏名・印	フリガナ	㊟	
	③被保険者の 住 所	〒 Tel () —				
	④事業所の名称					
	⑤分娩年月日	平成 年 月 日 生 産・死 産	生産児数	人	死産児数	人
	⑥家族の分娩で あるときはその 氏名・生年月日	昭・平 年 月 日生		⑦出生児名 氏 名		
	⑧出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で ある・ない	出生児が被扶養者で ないときはその理由			
	⑨分娩をしたのは (該当する方に○ をつけその後の設 問にもお答え下さ い。)	被 保 険 者	分娩をした者が 被保険者の場合を 該当するものを 右のア・イから選 んで下さい	ア. 被保険者期 間中の分娩	イの場合資格 喪失後加入し ている医療保 険制度を記入 して下さい	(制度名)
				イ. 資格喪失後 6ヵ月以内の 分娩		(保険者名)
		被 扶 養 者	分娩をした者が 家族の場合、その 家族があなたの 被扶養者になっ てた時期につい て右のア・イから選 んで下さい	ア. 分娩日より 6ヵ月以上前	イの場合あな たの被扶養者 になる前に加 入していた医 療保険制度を 記入して下さい	(被保険者証の記号番号)
				イ. 分娩日より 6ヵ月以内		(被保険者氏名)
⑩ 振込指 定銀行	銀 行 () 信用金庫 () 支 店 () 信用組合 () 出張所 農 協 ※振込は被保険者の口座に限ります。			普通・当座・その他 ()	口座番号【 】	
⑪備考	被保険者証記号番号に代えて個人番号で申請を希望される場合はご記入下さい (その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要となります)					
※ 医 師 ・ 助 産 師 又 は ど 市 区 ら 町 か 村 一 が 方 証 明	⑫分 娩 した 年 月 日	平成 年 月 日	⑬生産又は 死産の別	生 産 死 産 (妊娠 ヵ月又は 週)		
	⑭出生児の数	単 児・多 児 (児)	備 考			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 ㊟					
	⑮本 籍				⑯筆頭者氏名	
⑰出 生 届出日	平成 年 月 日	⑱出生児 氏 名		⑲出 生 年月日	平成 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名 ㊟						

※ 添付書類等については、裏面の『記入上の注意』をご参照ください。

〒540-0019 大阪市中央区和泉町 2-1-11 大阪府建築健康保険組合 業務課 Tel06-6942-3624