

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください ※本人確認書類の添付が必要です		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
	住所	(〒) ()	(都 道 府 県)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(会社経由で提出する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ) <input type="text"/>
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 <input type="text"/>	

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 利用しない場合は上記の欄を記入。)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。通常の振込より支給日が遅れますのでご了承ください。

署名欄	ナイスグループ健康保険組合理事長 殿	年 月 日
	本書の通り申請します。	住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 氏名

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

決裁	常務理事	事務長	担当者	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

支払日付印	受付日付印
<input type="text"/>	<input type="text"/>

支給額	円	資格取得	年 月 日	
支給 内訳	一時金	円	資格喪失	年 月 日
	付加金	円	標準報酬月額	千円(第 級)

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

申請者・医師・市区町村長記入用

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）	
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在	
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週
4 出産した医療機関等	名称	所在地	
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
5 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名		記号・番号
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 2. 受けない		

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による	出産者氏名	出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
		医療施設の所在地	医療施設の名称	医師・助産師の氏名
市区町村長による (生産のみ)	本籍	筆頭者氏名		
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			市区町村長名 印

添付書類

- ・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
(この領収・明細書には「産科医療保障制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印がなされています。)
- ・医療機関との【直接支払制度合意文書】の写し ※直接支払制度を利用した方のみ