

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

※マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。
 ※「被保険者等記号・番号」を記入した場合は、マイナンバーは記入しないでください。

※本人確認書類の添付が必要です

被保険者(申請者)情報	記号	番号			
	被保険者等記号・番号 (左づめ)	5001	1234		
	氏名	(フリガナ) ケンポ アイコ 健保 合子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 011201
	住所	(〒 123 - 4567)	神奈川県 神奈川 府 県	***市 ***区 ***町 1-2-3 ***マンション 456号室	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 000 (123) 4567				
<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 checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 <input type="radio"/> その他 ()	本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	00000000
	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。 ケンポ アイコ		
<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	令和6年 12月 1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 健保 合子

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保組合使用欄(記入しないでください)

決裁	常務理事	事務長	担当者		支払日付印	受付日付印
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

申請者・医師・市区町村長記入用

申請内容	1 出産した者	1 被保険者 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
	2 出産した年月日	令和 06 年 10 月 01 日		
	3 生産または死産の別	1 生産 2 死産 3 生産・死産混在		
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	1 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数	<input type="checkbox"/> 人
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="checkbox"/> 週	
4 出産した医療機関等	名称	健康産婦人科	所在地	***県***市***区***町89
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。		2	1. はい 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 2. 受けない

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名	出生年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
	●「出産育児一時金支給決定通知書」がお手元に届いている方→証明欄への記入は不要です。 ●「出産育児一時金支給決定通知書」がお手元に届いていない方→証明欄への記入が必要です。 ※支給決定通知書は、直接支払制度に基づき分娩を行った医療機関へ法定給付(上限50万円)の支払いを行った後その旨を被保険者にお知らせするもので、発送時期は出産の約2ヶ月後以降となります。				
	医師・助産師の氏名				
市区町村長による証明の場合(生産のみ)	本籍	***県***市***区***町 123		筆頭者氏名	健保 一郎
	母の氏名	健保 一郎	出生児氏名	出生年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 6 年 10 月 31 日		市区町村長名 ***県***市***区長 ○○○○ 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