

健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書

①申請上の注意  
②以下の請求は、被保険者の分産にかかるといわれる代理費の領収・明細書(写)を、被扶養者である家族の分産にかかるといわれるものである場合は「家族」を○で囲んでください。  
③医療機関から交付される交付書は、必ず添付してください。

被保険者証の 記号・番号	記号	番号		
分産年月日	令和 年 月 日			
家族の分産であるときは その者の氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
産科医療補償制度の加入	有 ・ 無	直接支払制度の利用	有 ・ 無	
出生児が 被扶養者かどうか	被扶養者である ・ ない			
被 保 険 者 振 込 先	銀行 支店 普通 当座 No.			
	口座名義 (カナ)			
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 住所 〒 被保険者 電話 ( ) 氏名 アボット健康保険組合理事長 殿				
※下記に該当する場合は必ず次の証明を受けて下さい。(国保の場合は市区町村窓口を確認し記入してください。) ・退職した女性被保険者が退職後6カ月以内に出産したことによる請求の場合 →現在加入している健保等へ ・当健康保険組合に加入してから6ヶ月以内の家族が出産したことによる請求の場合 →以前加入していた健保等へ				
健 康 保 険 組 合 社 会 保 険 事 務 組 合 又 は 共 済 組 合 証 明	被保険者氏名	(旧姓 )		
	被保険者証の 記号・番号	・	分産年月日	令和 年 月 日
	資格取得年月日	平・令 年 月 日	資格喪失年月日	平・令 年 月 日
	上記について出産育児一時金を支給していないことを証明します。 令和 年 月 日 名 称 所 在 地 電 話 事業主名			
国民健康保険の場合 (本人記入)	市区町村名		旧被保険者証の 記号・番号	・
	資格取得年月日	平・令 年 月 日	資格喪失年月日	平・令 年 月 日
※直接支払制度を利用していない場合は、次の証明を受けてください。なお、母子手帳、出生証明書等の(写)添付にて代用可。				
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	分産年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 ( 児 )
	生産・死産の別	生 産 ・ 死 産 ( 妊 娠 第 月 又 は 第 週 )		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関の名称 所 在 地 医 師 ・ 助 産 師			

受付日付印