

《記入例》健康保険 **被保険者 家族** 出産育児一時金・付加金支給申請書(受取代理申請用)

④申請上の注意  
 一、申請書の被保険者の氏名、住所、生年月日、性別、年齢、職業、収入、扶養家族の有無、出産予定日、出産予定数、出産予定医療機関等について、申請書に記入してください。  
 二、母子健康手帳の写しを提出してください。  
 三、当分の間、申請書に記入した内容が変更となる場合は、変更後速やかに申請書に記入してください。  
 四、申請書に記入した内容が事実と異なる場合は、速やかに訂正してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号番号	記号 ××	番号 △△△△	被保険者の氏名 <b>健保 太郎</b>		
	家族の出産であるときは その者の氏名	<b>健保 花子</b>		生年月日	<b>昭和 平成</b> 01 年 7 月 21 日	
	出産予定 年月日	<b>平成 令和</b> 01 年 5 月 1 日	出産予定数	<b>単胎</b> ・多胎( 児)		
	出産予定者が出産予定日から 遡って6カ月以内に健康保険 の資格を喪失している場合は、 いずれかに記入してください。	申請者本人が当健保組合の資格喪失後 6カ月以内に出産することによる申請の 場合、資格喪失後に加入している 保険者名と記号・番号		保険者名		
		申請者本人の家族が被扶養者認定後 6カ月以内に出産することによる申請の 場合、被扶養者認定前に加入していた 保険者名と記号・番号		記号・番号		
				保険者名		
	出産予定医療機関等	名称 <b>〇〇〇病院</b>	電話 <b>〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇</b>			
	確認欄 右のチェック欄にレ点をし てください。	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 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。			
	給付金振込先	<b>給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。</b> *退職された方は、「給付金振込口座届」にて給付金の振込先を別途確認させていただきます。				
	上記のとおり請求します。 <b>令和 〇〇年 〇月 〇日</b> 住所 <b>住所をご記入下さい</b> 被保険者 電話 <b>〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇</b> 氏名 <b>健保 太郎</b> 大気社グループ健康保険組合 理事長 殿					

受 取 代 理 人 に 関 す る 欄	<b>※受取代理人(医療機関)が記入・証明する欄</b>				
	受 取 代 理 人 先	銀行	支店	普通 当座	No.
口座名義(カナ)					

【送付先】

郵送の場合 : 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室  
大気社グループ健康保険組合

受付日付印