

健康保険

被保険者
被扶養者

出産育児一時金支給申請書

1. 被保険者(申請者)情報

被保険者等 記号・番号							氏名	(フリガナ)	
生年月日	年			月			日	電話番号(日中の連絡先)	TEL
住 所	(〒 -)								
事業所名称	黒 崎 播 磨 株 式 会 社				所在地		福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号		

2. 申請内容

① 出産した者	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	氏 名		生年月日	年 月 日			
② 出産した年月日	年 月 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	人	③-2「死産」の場合の死産児数	人	③-2-1「死産」の場合妊娠経過期間	満 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 ◇被扶養者 → 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか			☐ はい ☐ いいえ				
⑤-1「はい」の場合、[保険者名]と[記号・番号]をご記入下さい	◇被保険者 → 現在加入している保険者について ◇被扶養者 → 当組合に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	☐ 受けた／受ける予定 ☐ 受けない							
上記のとおり申請します。 年 月 日								
被保険者住所								
被保険者氏名								

3. 受取代理人の欄(委任状)※退職者は記載不要

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業主)に委任します。※受取方法は給与振込(給与振込の場合、事業主が代理人となります)

年 月 日

被保険者氏名

代理人 所在地 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号
名 称 黒崎播磨株式会社
氏 名 代表取締役社長 江川 和宏

医師または助産師の証明するところ

出産者の氏名											
出産予定日	年			月			日	出産年月日	年 月 日		
出産児の数	単胎 ・ 多胎 (児)			生産または死産の別			生産 ・ 死産 (妊娠 週)				
上記のとおり相違ありません。											
医師・助産師			所在地 医療機関名 医師・助産師氏名 電話番号								

※この請求書は妊娠4ヶ月以上の胎児を出産した場合で「直接支払制度を利用しなかった方や海外で出産した方が請求するものです。死産・人工中絶の場合は妊娠期間確認のため必ず医師・助産師の証明をもらわれて下さい。

※支給決定審査には2・3ヶ月かかる場合がありますので予めご了承下さい。

【必要添付書類】

①母子手帳「出生届出済証明」ページ(写し)または「出生証明書」写し
②医療機関等から交付される直接支払制度合意文書の写し
直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結している旨及び
申請先となる当組合名が記載されているもの
③出産費用の領収・明細書の写し
出産日が記載されているもの、専用請求書の内容と相違ない旨が記載されているもの及び
産科医療補償制度加入期間で出産した場合は「産科医療補償制度の対象分娩」の文言が
印字やスタンプ等により明記されているもの

黒崎播磨健康保険組合

常務理事	事務長	担当者

受付印

健保記入欄	資格喪失日	令和 年 月 日	支給 決定額	被保険者 被扶養者	円
-------	-------	----------	-----------	--------------	---