

※組合記入欄	支給額	円	資格取得	昭・平・令 年 月 日	前資格取得・喪失( - )	
	出産育児一時金	円	資格喪失	平・令 年 月 日	取得 年 月 日	喪失 年 月 日
	出産育児付加金	円	扶養認定	昭・平・令 年 月 日	備考	

## 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

大阪機械工具商健康保険組合理事長殿

◎ 記入するときには、裏面の注意事項をよく読んで誤りのないように入力して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号		123-45		② 事業所の名称		〇〇〇株式会社									
	③ 被保険者の氏名				健保 花美				④ 被保険者の生年月日		昭 <sup>平</sup> 令 5 年 6 月 7 日					
	⑤ 被保険者の住所・電話番号				〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市西区〇〇町1-2-3				電話 06 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇							
	⑥ 家族が出産したときはその者の氏名		氏名		生年月日		昭和 平成 年 月 日 令和									
	⑦ 出生児の氏名・続柄				フリガナ				⑨ 該当する支給要件はどちらですか (被保険者が出産する場合)				⑩ 家族があなたの被扶養者になった時期 (家族が出産した場合)			
	健保 次郎				次男				ア 被保険者期間中の出産 イ 資格喪失後6ヶ月以内の出産				ア 出産の日より6ヶ月以上前 イ その他			
	⑧ 出生年月日		出生児数		死産児数		〔 資格喪失後加入している健康保険を下欄に記入して下さい。 〕				〔 あなたの被扶養者となる前に加入していた健康保険を下欄に記入して下さい。 〕					
	平成 令和 1 年 5 月 15 日		1 人		人											
	⑪ 振込先金融機関		〇〇		銀行 金庫 組合 農協		〇〇		店 支店 出張所		口座預金種別		預金口座名義人の氏名			
											普通貯蓄 当座 別段		フリガナ ケンボ ハナミ			
										預金口座番号		健保 花美				
										〇〇〇〇〇〇						

※右記の「医師又は助産師が証明するところ」又は「市区町村長が証明するところ」は、証明を受ける際に証明してください。

医 師 又 は 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	出生年月日		平成 令和 1 年 5 月 15 日		生産の別		(生)産 ・ 死産(妊娠 月)			
	出生児の数		(単)児 ・ 多児 ( 児)		備考					
	上記のとおり相違ないことを証明する。								令和 1 年 5 月 16 日	
	医療機関等の所在地		〇〇市〇〇町〇-〇-〇							
医療機関等の名称		〇〇〇病院								
医師又は助産師の氏名										
電話番号		〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇								

市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	本 籍				筆 頭 者 氏 名				
	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地				健保 太郎				
	出生届の提出年月日		出生児氏名		出生年月日				
	平成 令和 1 年 5 月 16 日		健保 次郎		平成 令和 1 年 5 月 15 日				
上記のとおり相違ないことを証明する。								令和 1 年 5 月 16 日	
市区町村長名				〇〇市長 〇〇 〇〇					

受 取 代 理 人 の 欄	⑫ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。							
	令和 年 月 日				被保険者の住所 氏名			
	代理人の氏名		被保険者との関係		代理人の住所・電話番号等			
				〒				
				電話 ( )				