

記入見本

提出先：健保組合

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 1234	部署 リハ3東	職種 看護師	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 010203
	氏名	(フリガナ) チカモリ シュンコ 近森 順子				
	住所	(〒 780 - 0056 ) 高知 都道府県 高知市北本町1丁目1-28 □△マンション 101号				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 ( 9876 ) 5432				

振込先指定口座	金融機関 名称	四 国	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(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。) チカモリ シュンコ		口座名義 の区分

「2」の場合は必ずご記入ください。

本人名義ではない口座を  
指定の場合のみ

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )	委任者と 代理人との 関係	
	住所	(フリガナ)		
氏名				

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R4.6.16 改訂)

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書

1

2

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 02 年 03 月 03 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	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	〇〇病院	所在地	高知 <span>都道府県</span>
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	<span>都道府県</span>
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、- 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 証明の場合	出生者氏名	出生年月日	年	月	日
	証明の場合(生産のみ)	記入不要				
	上記のとおり相違ないことを証明する。	市区町村長名	令和	年	月	日
						印

病院から発行される①と②を添付

①「領収・明細書のコピー」

② 直接支払制度を利用する・しないを記入した「合意文書」のコピー

医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。