

健康 保 記 入 欄	資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日
	転入日	昭和 平成 令和	年	月	日
	喪失日	昭和 平成 令和	年	月	日
	被扶養者認定日	昭和 平成 令和	年	月	日

常務理事	部長	課長	係長	担当

健保記入： 育児書送付 あり ・ なし

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金及び同付加金／出産育児付加金支給申請書

※申請書はもれなくご記入下さい。記入漏れ・不備等で請求書を返戻する事があります。

大阪府信用金庫健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険証の記号・番号 (右づめ)		被保険者氏名		(ﾌｶｶﾞ)					
			本申請書の出産に要した費用に関して出産育児金等の支給を申請し、給付金の受領を事業主に委任します (自署)							
	被保険者の生年月日		年齢		被保険者の住所 (※育児月刊誌の送付先住所)					
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		歳		〒 - 日中の連絡先 () -					
	出産が被扶養者に関するときは、その方の		(ﾌｶｶﾞ) 氏名		生年月日		年齢		被保険者との続柄	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		歳					
	連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 () () -							
	出産年月日		令和 年 月 日		出生児の氏名					
	出産時の数		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)		備考					
	被保険者(本人)が出産した場合		◆ 該当する資格要件はどちらですか <input type="checkbox"/> ① 保険者資格での出産 <input type="checkbox"/> ② 資格喪失後6ヶ月以内の出産 ※ ②の場合、資格喪失後加入している医療保険の制度名等を下欄↓に記入してください。		被扶養者(家族)が出産した場合		◆ 家族があなたの被扶養者になった時期はどちらですか <input type="checkbox"/> ③ 出産の日より6ヶ月以上前 <input type="checkbox"/> ④ 上記以外 ※ ④の場合、あなたが被扶養者となる前に加入していた医療保険の制度名等を下欄↓に記入してください。			
制度名・保険者名及び連絡先		被保険者の氏名		被保険者証の記号・番号		前勤務先名及び連絡先				
電話 () -						電話 () -				
上記②の資格喪失後6ヶ月以内の出産で請求される方の一時金の振込希望口座 (請求者の口座)		(銀行コード) 銀行 支店		(支店コード) 支店		普通当座		口座番号 (右づめ)		
		口座名 (カタカナで記入)								

※直接支払制度を利用される場合、下記の証明をもらう必要はありません。

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)		
	出産時の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	備考			
	上記のとおり相違ありません。				令和 年 月 日	
	所在地 医師 助産師 氏名				電話 () -	
	本籍			筆頭者氏名		
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日		
上記のとおり相違ありません。				令和 年 月 日		
市区町村長名				電話 () -		

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

受付印

※ 育児月刊誌は当組合に加入されて初めて出産された方へ送付しています。(月1冊、12ヶ月分送付)

※ **直接支払制度合意書(写し)、領収書(写し)を必ず添付して提出してください。**