

支給決定 伺	常務理事	事務長			支給金額	
					出産育児一時金	円
	資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	円
	資格喪失年月日	令和	年	月	日	

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

令和 年 月 日 申請

三岐しんきん健康保険組合 理事長 様
下記のとおり申請します。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	記 号 ・ 番 号		被保険者(申請者)の氏名			生 年 月 日	
	記号	番号				昭和	年 月 日
	被保険者(申請者)の住所		〒 -				
	事業所の名称						
	資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	分娩年月日	令和 年 月 日
	入院して分娩したとき	病院等の所在地・名称				死産のときはその旨	妊娠経過期間 ヶ月 週
	「家族出産育児一時金」として請求するときは分娩した者の氏名・生年月日					昭和 平成	年 月 日生
	※① 出産した方 ●被保険者⇒退職後6ヵ月以内の出産ですか ●家 族⇒当組合に加入後6ヵ月以内の出産ですか					はい	・ いいえ
	※② 「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	
※③ 同一の出産について、②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		
本申請に基づく給付金に関する受領を に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(申請者)氏名							
受領の委任をしないとき	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。						
	振込希望 金融機関名	信用金庫 店	口座 番号			ふりがな	

医 師 ・ 助 産 婦 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	分娩年月日	令和 年 月 日	出産・死産の別	出産・死産(妊娠 ヶ月)	
	出生児の数	単胎・多胎(児)	備 考		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産婦名				
	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
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名				㊟

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

※ 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー及び出産費用の領収・明細書のコピーを添付して下さい。

令和6年12月2日