

支 給 決 議 書				常務理事		事務長		担当者					
受付年月日	令和	年	月 日	資格取得									
承認年月日	令和	年	月 日	資格喪失日									
支給年月日	令和	年	月 日	【退職後】									
				記入例									
款	項	目		支 給 額									
該当しない方に 二重線を引いてください。				出 産 育 児 一 時 金 差 額					円				
				家 族 出 産 育 児 一 時 金 差 額					円				

健康保險

出産育児一時金

**直接支払制度を利用しない場合に
ご提出ください**

〈添付書類〉

健康保険 出産育児一時金

振込先口座指定用紙

退職後に申請する場合に
申請書に添えて
ご提出ください

☆被保険者期間が1年以上ある女性が、退職後6ヶ月以内に出産した場合は、出産育児一時金の請求ができます

太線枠内は、すべて記入してください

被保険者記入欄	被保険者証の 記号と番号	※こちらを記入した場合、マイナンバー記入不要です。 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇		事業所(会社)の 名 称	〇〇〇〇(株)		
	被保険者の 氏 名	(フリガナ) 〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇	被保険者の 生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	現在加入している 保険者名	〇〇〇〇〇〇		現在加入先の 記号・番号	〇〇〇〇 — 〇〇〇〇		
	現在加入している保険者から 今回の出産に対する出産育児一時金を	受けた／受ける予定		受けない	(注)重複請求はできません		
	振込先口座情報	〇〇〇〇		銀行 金庫 信組 その他	〇〇〇〇 本店 支店 本・支所		
	預金種別	普通 別段 当座 通知	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		口座名義の区分	1. 被保険者 2. 代理人
	口座名義	(カタカナ) 〇〇 〇〇		「2. 代理人」の場合は受取代理人欄を記入			
受取代理人欄 (被保険者に代わって 代理人が受領する 場合)	(〇 〇 〇) 【TEL】 (〇 〇 〇)		住所 都 道 府 県 氏 名		被保険者と 代理人との 関 係		

〈添付書類〉 代理人が受領する場合は、代理人の本人確認資料および通帳写し等を添付してください

〈提出方法〉 出産育児一時金の申請書に添えてご提出ください

※被保険者マイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

＜当健康保険組合は、保険証の記号番号のみで処理が可能です。＞

＜マイナンバーを記入した場合＞

- ◆本人確認書類の添付が必要です。
- ◆追跡可能な書留や特定記録等でお送りいただくことになります。