

| 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 | 令和    年    月    日 |      |     |     |
| 支給年月日       | 令和    年    月    日 | 【退職後】 | 任継加入<br>任継未加入     |      |     |     |
| 款           | 項                 | 目     | 支 給 額             |      |     |     |
| 出産育児一時金差額   |                   |       |                   |      |     |     |
| 家族出産育児一時金差額 |                   |       |                   |      |     |     |

健 保 使 用 欄

該当しない方に二重線を引いてください。

☆直接支払制度を利用し、出産費用が50万円以上かかった時は申請不要です

|                              |                                        |                                          |                               |                               |                      |
|------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| 被保険者証の<br>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。<br>〇〇〇〇 — 〇〇〇〇 |                               | 事業所(会社)の<br>名 称               | 〇〇〇〇(株)              |
| 被保険者の<br>氏 名                 |                                        | (フリガナ) 〇〇〇 〇〇〇<br>〇〇 〇〇                  |                               | 被保険者の<br>生年月日                 | 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日<br>平成 |
| 出産した方の<br>氏 名<br>(対象者が家族の場合) |                                        | (フリガナ) 〇〇〇 〇〇〇〇<br>〇〇 〇〇〇                |                               | 出産した方の<br>生年月日<br>(対象者が家族の場合) | 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日<br>平成 |
| 出 産 日                        | 令和 〇年 〇〇月 〇〇日                          | 生産又は<br>死産の数                             | 生産 2 人 / 死産 人(妊娠 週)           |                               |                      |
| 出産した<br>医療機関                 | 名 称 〇〇〇〇〇病院<br>所在地 〇〇都〇〇区〇〇〇 〇〇丁目〇〇-〇〇 |                                          |                               |                               |                      |
| 出産に要した<br>費 用                | 428,000 円                              | 差 額                                      | 50万円 — (出産に要した費用)<br>72,000 円 |                               |                      |

この保険給付金の受領を、所属する事業主(会社)に委任します。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

被保険者 住所 〇〇都〇〇区〇〇〇 〇〇丁目〇〇-〇〇

氏名 〇〇 〇〇

退職後に申請する場合

- ・この欄は記入不要です
- ・次ページもご提出ください

※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)

## 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<br>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。<br>〇〇〇〇 — 〇〇〇〇 |                      | 事業所(会社)の<br>名称        | 〇〇〇〇(株)                          |                           |
|                                         | 被保険者の<br>氏名                        | (フリガナ) 〇〇〇 〇〇〇<br>〇〇 〇〇                  |                      | 被保険者の<br>生年月日         | 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日<br>平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |                           |
|                                         | 現在加入している<br>保険者名                   | 〇〇〇〇〇〇                                   |                      | 現在加入先の<br>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<br>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<br>その他       | 〇〇〇〇 本店 支店<br>本・支所               |                           |
|                                         | 預金種別                               | 普通 別段<br>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<br>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<br>(被保険者に代わって<br>代理人が受領する<br>場合) | (〒 — ) 【TEL】 ( — )<br>住所 氏名        |                                          | 被保険者と<br>代理人との<br>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。