

健康保険 出産育児一時金・家族出産育児一時金 支給申請書

記入方法及び添付書類については、裏面をご参照願います。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 欄	被保険者証の 記号番号		(記号) _____ (番号) _____	事業所名				
	被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)	住所		〒 _____ TEL () _____			
	被扶養者が出産したとき のその氏名・生年月日		氏名	生年月日		平成	年	月 日
	出産年月日	平成	年	月	日	生産児数	死産児数	他の制度から出産育児一時金を受 けたかどうか
	出生児の氏名		(フリガナ)	被保険者 (申請者) との続柄	子 孫 その他()	ア. 受けた		
	被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月以内 に出産の場合は、以前加入していた被保険 者証の記号番号及び保険者名			(記号) _____ (番号) _____	イ. 受けていない(受けない)			
	資格喪失後の出産の場合は、新たに加入 した被保険者証の記号番号及び保険者名			(保険者名)	ウ. 請求中			

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振 込 口 座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他()	(フリガナ)	(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	平成	年	月	日	委任者との関係 ()
	住所		住所		
	被保険者 (申請者) 氏名	代理人		電話 ()	氏名

いずれか一方で差し支えありません

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄	出産者氏名	出産年月日	平成	年	月	日	
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。		平成	年	月	日	
	医療施設の所在地						
	医療施設の名称						
	医師・助産師の氏名		電話 ()				
	本籍						
筆頭者氏名	母の氏名						
出生児氏名	出生年月日	平成	年	月	日		
上記のとおり相違ないことを証明する。		平成	年	月	日		
市区町村長名							

受付年月日

記入するときの注意事項（添付書類含む）

被保険者（申請者）の記入欄、振込希望口座及び受取代理人の欄

1. 印鑑は、はっきりと押してください。
2. 振込希望口座が被保険者（申請者）と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。
3. 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください（受取代理人の は、被保険者（申請者）の と別の印鑑で押印してください）。

医師・助産師または市区町村長の証明欄

1. 証明事項の訂正は、証明印と同じ印鑑を押印してください。
2. 医師又は助産師の証明が外国語でされている場合は、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。

注意：「医師・助産師の証明」または「市区町村長の証明」については、いずれか一方で差し支えありません。

添付書類

1. 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生を確認できる書類
戸籍謄（抄）本、出生届受理証明書、住民票、母子健康手帳（原本提示）など
2. 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し
産科医療補償制度加入の医療機関等で出産の場合は、所定の印が押印されています
直接支払制度を用いていない旨が記載されています

ご請求及びお問い合わせは、西日本パッケージング健康保険組合までお願いします。

〒540-0003 大阪府大阪市中央区森ノ宮中央 1-16-16 大阪紙器会館 5階

TEL 06-6941-4635 FAX 06-6944-0514