

被保険者
家族

出産育児一時金 支給申請書 (事後申請用)

常務理事	事務長	担当者

被保険者(申請者)情報	記号	番号	事業所名・所属名
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	
	住所	(〒 -)	都 道 府 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
<input type="checkbox"/> 本申請の給付金の受領を事業主へ委任します。(同意する場合は <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。)			

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
	1-① 家族の場合はその方の	氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 平成
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	3 生産または死産	<input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在
	3-① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人 3-② 「死産」の場合死産児数 <input type="text"/> 人 3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="text"/> 週
4 出産した医療機関等	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/>	
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ	
5-① 「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 <input type="text"/> 記号・番号 <input type="text"/>	

証明欄(いずれかに「」記入ください)	医師・助産師による	出産者氏名 <input type="text"/> 出産年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児) 生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
		医療施設の所在地 上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の名称 令和 年 月 日 医師・助産師の氏名 <input type="text"/>

証明欄(いずれかに「」記入ください)	市区町村長による	本籍 <input type="text"/> 筆頭者氏名 <input type="text"/>
		母の氏名 <input type="text"/> 出生児氏名 <input type="text"/> 出生年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 <input type="text"/> 令和 年 月 日

* この申請書に記入された個人情報は給付金支給のための利用に限定しています。
* 領収書の北- 直接支払制度を利用しなかった旨を記載した書類の北-の添付をお願いします。
* 産科医療補償制度加入の医療機関での出産は領収書に加入の旨の「スタンプ」の押印を確認してください。

小松製作所健康保険組合

受付日付印
<input type="text"/>