

- (注) ① 双生児出産のときは、申請書を2枚提出してください。
 ② 死産・流産のときも妊娠 4 ヶ月 (13週) 以上であれば給付の対象になります。
 ③ 産科医療補償制度加入医療機関での出産、はスタンプ印が押印された領収証(写)を添付して下さい。
 ④ 被保険者は退職後6ヶ月以内、家族は当組合に加入後6ヶ月以内の出産のときは、前加入の保険者発行の不支給証明書等を添付して下さい。又、国保に加入のときは、保険料納入の領収・明細書(写)を添付して下さい。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

太枠線内は、すべて記入してください。

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号・番号	—		事業所名			
	出産した者の氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄
	出産日	令和 年 月 日		生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 週)		
	出産した 医療機関等	名称					
		所在地					
	出産者が出産前 6ヶ月以内に他の 保険に加入して いた場合	保険者名			記号・番号		
		保険者より 出産育児一時金を	1. 受ける/受ける予定 2. 受けない				
上記により請求し、この給付金の受領を、私の所属する保険給付受領代理人に委任します。							
令和 年 月 日 千							
被保険者 住所							
氏名 ㊟							
明治グループ健康保険組合理事長 殿							

【記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。
 但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在)の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄

いずれかに証明をもらってください。

医師・助産師による証明				
出産者氏名			出生日	令和 年 月 日
出生児の数	単胎・多胎(児)		生産又は 生産の別	生産・死産(妊娠 週)
上記のとおり相違ないことを証明する。				
令和 年 月 日	所在地	医療機関の名称		医師・助産師名 ㊟

市区町村長による証明(生産のみ)					
本籍			筆頭者氏名		
母の氏名	出生児 氏名			出生日	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 ㊟					

／健保受付印

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者
<input type="text"/>	<input type="text"/>