健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

生長会健康保険組合

被保険者が記入する欄	被保険者等 記号・番号	(記号) (番号	被保険者(請求者)の氏名・生年月日	昭和・平成　年　月　日
	被保険者(請求者)の住所	(フリガナ) 〒 TEL　(　　)		
	被保険者の勤務していた又は勤務する事業所	(名　称)		
	被扶養者の出産による請求のときは、その方の氏名・生年月日	昭・平　年　月　日生	出産した医療機関	名称 所在地　〒
	出生児の氏名		被保険者と出生児との続柄	出生児が被保険者の被扶養者であるか否か　被扶養者である・ない
	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由		当組合において6ヶ月以内に被扶養認定された者及び被保険者資格を喪失した後の請求である場合は必ず注意事項参照のうえ下欄にご記入ください	
	被扶養者に伴う請求でその者が6ヶ月以内に会社で勤務していたか (していた ・ していない)		健康保険の名称 記号:番号 電話番号:　(　　)	
	上記会社に勤務していた者で健康保険の被保険者であったか (被保険者であった ・ 被保険者でなかった)			

医師・助産師又は市町村長の証明する欄	出産した年月日	令和　年　月　日 出産	出産した当時自費で入院しましたか、健康保険で入院しましたか。	自費 健康保険
	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠　ヶ月)	備考	
	出生児数	単胎 ・ 多胎 (　　児)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和　年　月　日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 市町村長名 TEL　(　　)			

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

振込口座	※被保険者本人名義の銀行口座をご記入ください。			
	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合 ☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映は登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
	預金種別	普通・当座	銀行　信用金庫 信用組合　農協	本店 支店
	口座番号		口座名義(カタカナ)	

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任いたします。 令和　年　月　日 被保険者(請求者)　住所 氏名			令和　年　月　日 提出 受領日付印
	代理人の氏名と印	フリガナ	委任者と代理人の関係	
	代理人の住所及び電話番号	電話番号　(　　)		

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)