

記入の方法は、裏面に記載されていますので、よくお読みになり必要事項にご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号・番号		②被 保 険 者 (請求者)				(印)				
			氏 名 と 印								
			生 年 月 日				昭和・平成 年 月 日生				
	③ 被保険者 (請求者) 住 所		〒				電話 - -				
	④ 事業所名 所在地		〒				電話 - -				
	⑤ 被保険者の家族が出産の場合、その方の		氏名		続柄		生 年 月 日		年 月 日		
							認 定 年 月 日		年 月 日		
	⑥ 出産した 年 月 日		平成	年	月	日	生産児数 児	死産児数 児	死産の ときは その旨	妊娠経 過期間	ヵ月 週
	⑦ 病 (産) 院名						所 在 地				
	⑧ 出生児の 氏名		フリガナ				被保険者との続柄				
	⑨ 出産した方		●被保険者 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。				1. はい 2. いいえ				
		●家 族 ⇒ 当組合加入後6ヶ月以内の出産ですか。									
⑩ ⑨が「はい」の場合、下記保険者の「名称」、「電話番号」および「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				保険者名					
		●家 族⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について				電話 - -					
⑪ 同一の出産について、⑩の保険者より出産育児一時金を						記号 番号					
						1. 受けた/受ける予定 2. 受けない					

⑫ 証 明 す る と こ ろ	出 産 した 年 月 日	平成 年 月 日	生産または 死 産 の 別	生産・死産 (妊娠 ヵ月) 週	
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	産 科 医 療 補 償 制 度	加 入 ・ 未 加 入	
	上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 年 月 日		
	医療施設の名称・所在地 〒		(印)		
	医師・助産師名		電話 - -		
	本 籍			筆頭者氏名	
出生届出日	平成 年 月 日	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		(印)			
		電話 - -			

備考	
----	--

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

委 任 状	⑬ 本請求に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。	平成 年 月 日
	被 保 険 者 住 所 (請 求 者) 氏名	(印)
	フリガナ	
	委任された方 住 所 (事 業 主) 氏名	(印)
	フリガナ	
給付金の振込先銀行 在職中の給付金は、事業主の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください(捺印漏れのないようお願いいたします)。なお、退職(資格喪失)後、被保険者(請求者)送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の提出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。		

受付日付印

【記入上の注意】

1. ②欄の被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の捺印は不要です。
2. ⑩に該当する場合は、必ず保険者名、記号番号、保険者の連絡先（電話番号）をご記入ください。なお、保険者名とは健康保険組合、協会けんぽ、共済組合、国民健康保険等の名称を指します。
3. 出産（出生）の証明は、医師・助産師または市区町村長、どちらか一方で受けてください。
4. 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください（捺印漏れのないようお願いいたします）。
5. 保険給付を受ける権利の消滅時効は2年です。出産日の翌日から2年以内にご提出ください。
6. 記入事項の訂正をしたときは、その箇所に訂正印を捺印してください。
7. 「産科医療補償制度」加入の医療機関等で出産した場合は、制度対象分娩を証明する印が押印された領収書等のコピーを添付してください。

【女子被保険者が退職後、受給権があるときの注意事項】

1. 退職（資格喪失）後、出産したときは、出産育児一時金付加金は、支給されません。
2. 退職（資格喪失）後、出産したときは、「母子手帳（市区町村証明欄）の（写）を必ず添付」してください。
3. 退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」をご提出ください。