

健康保險 ~~被保險者~~
家 族 出產育兒一時金支給申請書

被保險者注意事項

1. ⑥、⑫、⑮、⑯の欄はそれぞれ該当する文字を○でかこんでください。
2. 被保険者自身が出産して申請する場合には⑧に「該当なし」と記入してください。
3. ⑬の欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
4. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等の記載のあるもの）を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の	記 号	999		② 被保険者氏名	埼 機 太 郎	
		番 号	999			昭・平・令 年 月 日	
	③ 被 保 険 者 の 現 住 所	〒 330-×××× (電話番号) 〇〇〇-×××-▽▽▽▽ さいたま市大宮区桜木町〇-××-△					
	委 任 状	この給付の受領を下記④の事業所に委任します。 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 被保険者氏名 埼 機 太 郎					
	④ 被 保 険 者 の 勤 務 する 事業 所 の 名 称	〇〇株式会社					
	⑤ 出 産 した 年 月 日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		⑥ 生 産・死 産 の 別 お よ び 数	生産(1 人) 死 産 (人)	⑦ 妊 娠 経 過 期 間	満 40 週
	⑧ 家 族 が 出 産 した ときは その 者 の 氏 名・生 年 月 日	埼 機 花 子 平・令 ×× 年 ×× 月 ×× 日					
	⑨ 出 産 し た 医 療 機 関 等	名 称	△△病院				
		所 在 地	〇〇市▽▽町×-×××				
	⑩ 被保険者が退職後6ヶ月以内に出生したときは現在加入している保険 (現在の被保険者証)	記 号		番 号		保 険 者 名	
被保険者名					全国健康保険協会 支部		
事業所名称					健康保険組合		
					共 済 組 合		
⑪ 家族が出産日前6ヶ月の間に勤務していたことがあるときはそのときに加入していた保険	記 号	A	番 号	AAA	保 険 者 名		
	事業所名称	株式会社□□			全国健康保険協会 支部		
	電 話	〇〇〇-×××-▽▽▽▽			〇〇〇〇 健康保険組合		
	退職年月日	令和0年00月00日			共 済 組 合		
⑫	⑩⑪に該当するときはその保険から出産育児一時金を				受けた(受ける予定) 受けない		
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。)						

証明欄 (い ず れ か に 証 明)	医師・助産師による証明	⑬ 出 産 者 氏 名	埼 機 花 子		⑭ 出 産 年 月 日	令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
		⑮ 出 生 児 の 数	単胎・多胎 (児)		⑯ 生 産・死 産 の 別	生産・死産 (妊娠 40 週)	
		⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和××年××月××日 医療施設の所在地 医療施設の名称 電話番号 医師・助産師の氏名					
		○○市▽▽町×-××× △△病院 ○○-×××-▽▽▽▽ □□ □□□					
市区町村長による証明	⑱ 本 籍				⑲ 筆頭者氏名		
	⑳ 母の氏名				㉑ 出生年月日	令 年 月 日	
	㉒ 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						

埼玉機械工業健康保険組合

勤務先・医療機関等・市区町村・協会けんぽなどに問い合わせをする場合があります。(3.04.01)