

被保険者(申請者)記入用

被		記号	番号	生年月日 年 月 日						
被保険者(申請者)情報	被保険者等									
者	記号・番号 (左づめ)			□ 平成						
申			格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。) 口令和						
請		(フリガナ) 								
情	氏名									
報										
	住所	(〒 −) (道)							
	12771		() () () () () () () () () () () () () (
	電話番号	TEL ()								
	(日中の連絡先) 									
	□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は☑)									
振込先指定口座	金融機関		銀行(金庫)信組)	(本店)(支起						
先	名称		(農協)(漁協) (その他)()	(出張所) (本所)(支別						
指定			(1933)	CHIRLY CAIR						
딮	預金種別	1.普通	口座番号	左づめでご記入ください。						
坐	1241	1.82								
		▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて	ご記入ください。濁点(゛)、半濁点(゜)は1字としてご記	入ください。)						
	口应夕美			口座名義 1.申請						
	口座名義			の区分 2.代理						
	公金受取口座		、金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場 数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受ほ							
	_	以口座を利用できません。								
	受		金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月						
	収 代	被保険者 (申請者) 氏名		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同						
	理	(中胡伯) 以石								
	受取代理人の関	/-	,							
	欄	(〒	–) TEL	委任者						
	_	住所		代理人と 関係						
	_	代理人 (口座名義人) (フリガナ)								
	_	(口座名義人) (フリガナ)								
	_	氏名								
			「内等类 医佐 士威吹サミ	7.3 円・はりゃ かにはキナナ ヽ						
			「申請者・医師・巾区町村長部	2入用」は2ページに続きます。〉						
		号番号を記入した場合は不要で		(R6 受付日付印						
٠ ح	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	्रं प्राप्ति । प्राप्ति						
被化	保険者のマイナ	ンバー記載欄								
1/2										
	t会保険労務士									
提	出代行者名記載	瓦桶								

被保険者 出產育児一時金 内払金支払依頼書家 族 出産育児一時金 差 額 申請 書 申請者・医師・市区町村長記入用 健康保険

被保険者氏名								
申請内容	申 請 1 出産した者 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 内							
容		- 1 - ① 家族の場合はその方(氏名		生	生年月日 口 昭和 口 平成 日 令和 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日		
	2 出産した年月日 令和 年 月 日							
	3 生産または死産の別 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在							
		3 - ① 「生産」の場合出生人資	数 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 週		
	4 出産した医療機関等 名称				所在地			
	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。				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 5 - ① - ① - ①							
	. 受けた/受ける予定 2. 受けない							
証明欄(いずれかにご記入ください)	iii B	正 医 月師 出産者氏名			出産年月	月日 令和 年 月 日		
	4名	の・ 易助 計産 出生児の数 ・師	□ 単胎 □ 多胎➡(児)	生産または死	死産の別 □ 生産 □ 死産 ➡ (妊娠 週)		
	よ	よ る 上記のとおり	相違ないことを証明する。 年 月 日	医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名				
	iii iii iii ii ii ii ii ii ii ii ii ii	証市 明区 本籍 の町				筆頭者 氏名		
じ	対合(と	易村 合長 母の氏名 主に		出生児 氏名		田生 令和 年 月 日		
	D d	ž	相違ないことを証明する。 年 月 日	市区町村長名		EP		

※ 内払金支払依頼書として提出する場合

【添付書類】① <u>出産費用の領収・明細書の写し</u> (出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度実施要綱に基づき作成された明細書の写し)

※ 差額申請書として提出する場合

証明欄に医師・助産師または市区町村長による証明の必要はありません。また、その他添付書類の添付も必要ありません。

② 医療機関等から交付される合意文書の写し (直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結している旨及び申請先となる当 健康保険組合名が記載されているもの)