

被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

① 被保険者 記号-番号	-		② 被保険者 氏名			
③ 事業所(会社) 名称			④ 事業所 所在地			
⑤ 出産年月日	年 月 日			⑥ 死亡のとき はその旨		
⑦ 出産した医療施設 等の名称						
⑧ 出産した医療施設 等の所在地	〒					
⑨ 被扶養者の出産 であるときはその 氏名・生年月日	氏名			生年月日	年	月 日
⑩ 出生児の 氏名・生年月日	氏名			生年月日	年	月 日
⑪ 出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者である / ない		⑫ 出生児が被扶養 者でないときは その理由			
⑬ 他制度から給付を 受けているかどうか	他制度から給付を 受けている / 受けていない			⑭ 備考		
⑮ 振込先 (被保険者口座) (ゆうちょ銀行不可)	銀行 金庫 組合	支店	普通・ 当座 No.	フリガナ		
				口座 名義		
⑯ ユアサ健康保険組合理事長 殿 上記のとおり申請します。				年	月	日
住所 〒						
被保険者の 氏名				⑰		
TEL						

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑰ 出産日	年 月 日		⑱ 生産または 死産の別	生産 / 死産		
	⑲ 出生児数	単胎 / 多胎 ( 児 )			(妊娠第 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。				年	月 日	
	住所(所在地) 〒						
	医療機関名						
	医師・助産師名						
TEL				※押印不要ですが、医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ)等を使用してください			
⑳ 筆頭者氏名				㉑ 出生児氏名			
㉒ 出生届出日	年 月 日		㉓ 出生年月日	年 月 日			
上記のとおり相違ないことを証明します。							
住所 〒							
市区町村							
市区町村長 氏名				⑲			
TEL							