健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

【直接支払制度を使用しない方】

提出日　　年　　月　　日

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号	記号　　番号 －	生年月日	年　　月　　日
	被保険者 (申請者) の 氏 名	フリガナ		
	住　　所	(〒　　－　　) TEL　　(　　)		

申請内容	出産した者	1．被保険者　　2．家族(被扶養者)			
	家族の場合は その方の氏名等	フリガナ	生年月日	年　　月　　日	
	出　産　日	年　　月　　日	出　　産	生産　　死産　　生産・死産混在	
	「出産」の場合 出産児数	人	「死産」の場合 死産児数	人	「死産」の場合 妊娠経過日数　　満　　週
	出生児の氏名				
	出産した 医療機関等	名　　称	所 在 地		
			〒		
	出産した方	● 被保険者　⇒ 退職後６か月以内の出産ですか？ ● 家　　族　⇒ ローソン健保に加入後６か月以内の出産ですか？		はい　　いいえ	
	はいの場合、ご記入してください。 ● 被保険者　⇒ 現在加入している健康保険組合について ● 家　　族　⇒ ローソン健保加入前に加入していた健康保険組合について		健保等 の名称		
			記号・番号		
	上記、今回の出産について他の健康保険組合等より出産育児一時金を		受けた / 受ける予定　・　受けない		
	金融機関 名　　称	銀行　金庫　　本店　支店　営業部　出張所			
		種別　普通預金　　口座番号			
	口座名義	カタカナ			

証明欄（いずれかにご記入してください）	医師・助産師による証明	出産者氏名		分娩日	年　　月　　日
		出生児の数	単胎　・　多胎(　　児)	生産・死産の別	生産　・　死産(妊娠　　週)
		上記の通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		
	市町村長による証明（生産）のみ	本　　籍		筆頭者氏名	
		母の氏名	出生児 氏名	生年月日	年　　月　　日
		上記の通り相違ないことを証明する。 年　　月　　日	市町村長名		