

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 000	番号 000000	記号番号が分らない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏名 (自署)	フリガナ ミツビシ アイコ 三菱 愛子		生年月日	昭・平・令 00 年 00 月 00 日	
	住所 電話番号	(〒000 - 0000) 00県00市00町1-1		電話番号 : 000 (000) 0000		
	事業所名称	0000株式会社00工場				
申請内容	出産した年月日	令 00 年 00 月 00 日		出生児の氏名	三菱 一郎	
	出生児の数	1 人		死産の場合	死産児数 人	妊娠経過期間 満 週
	出産した医療機関等	名称	00病院	所在地	00県00市△△町1	
	家族が出産した 場合はその方の	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	出 産 し た ●被保険者 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか 方 ●家 族 ⇒ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか			□はい ・ ☒ いいえ		
	「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 この出産で、上記の保険者より出産育児一時金を			保険者名		
医師・助産師又は市区町村長の証明欄	出生年月日	令 年 月 日		出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産または 死産の別
	上記のとおり相違ないことを証明します。			生産・死産 (妊娠 週)		
	本籍			令和 年 月 日		
	出生児氏名			令和 年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			市区町村名 印		
	令和 年 月 日					
振込先	金融機関名	00 銀行・金庫 農協・信組	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座名義 (カタカナ)	00 本店・支店・出張所	口座番号	0 0 0 0 0 0 0		
	ミツビシ アイコ					※上記被保険者と同じ名義の口座を記入してください。
	公金受取口座	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入してください) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				

受付年月日