

本人・家族 出産育児一時金申請書

被保険者証の 記号番号	-		事業所の 名称			
被保険者の 氏名				被保険者の 生年月日	(和暦)	年 月 日
被扶養者の分娩 であるときはそ の者の氏名	被扶養者 氏名			被扶養者 生年月日	(和暦)	年 月 日
分娩年月日	(和暦)	年 月 日	死産のとき はその旨			
分娩した場所	医療機関等 の名称					
	医療機関等 の所在地	〒 -				
※出生児の 氏名				出生児の 生年月日	(和暦)	年 月 日
出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で ある ない		出生児が被扶養者で ないときはその理由			
他健保(国保)から同様の給付を受けている (受ける予定)かどうか(必回答)			受けている(受ける予定) ・ 受けていない(受けない)			
振込希望銀行	銀行		支店(普通・当座) No	※被保険者本人名義の口座(家族不可) カナメイギ()		
			(支店番号)	※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付		
備考						
ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿						
上記のとおり出産育児一時金を請求いたします。						
年 月 日						
〒 -						
被保険者の住所						
氏名						
電話番号()						
※在職中の方は現在お勤めの各会社・団体の人事へ、退職後は、直接健保組合へご提出ください。						

※ 医師・助産師 又は市区町村長いずれかで証明を受けてください。

医師・助産師の証明	分娩年月日	(和暦)	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	出生児の数	単胎・多胎(児)		産科医療補償制度加入機関の有無	有・無	
	上記のとおり相違ないことを証する。					
市区町村長の証明	医療施設の名称					
	所在地					
	医師・助産師名					
電話番号()						
市区町村長の証明	本籍				筆頭者氏名	
	出生届提出日	年 月 日	出生児氏名	出生年月日	年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証する。					
市区町村長名						

添付書類 医療機関との「合意文書」・「費用内訳明細書写し」(産科医療補償制度加入機関においてはその証明印要)

※「出生児の氏名」欄は死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。