

本人・家族 出産育児一時金申請書

被保険者証の記号番号	999 - 1234	事業所の名称	〇〇株式会社 (退職後の場合は在職中の会社を記入)		
被保険者の氏名	(被保険者本人様) 健保 花子		被保険者の生年月日	(和暦) 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
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	当健保組合の被保険者証に入っている被扶養者の分娩の場合、被扶養者名を記入	被扶養者生年月日	(和暦) 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
分娩年月日	(和暦) 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日		死産のときはその旨		
分娩した場所	医療機関等の名称	〇〇〇〇産婦人科クリニック			
	医療機関等の所在地	〒××× - ×××× 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1			
※出生児の氏名	△△		出生児の生年月日	(和暦) 平成〇年 〇月 〇日	
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者である <input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/>	出生児が被扶養者でないときはその理由		配偶者の扶養になるため	
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) ・ <input checked="" type="radio"/> 受けていない (受けない)			
振込希望銀行	〇〇銀行 ××支店 (普通・当座) No. □□□□□□ (支店番△△△)		※被保険者本人名義の口座(家族不可) カナメイギ(ケンボ ハナコ) ※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。 (記入日) 平成〇年 〇月 〇日					
被保険者の住所 〒××× - ×××× 〇〇県〇〇市・・・・					
氏名 健保 花子 (印)					
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) 平成〇年 〇月 〇日	生産・死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産 ・ 死産 (妊娠第 月又は第40週)	
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 ・ 多胎 (児)	産科医療補償制度加入機関の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	
	上記のとおり相違ないことを証する。 (証明日) 年 月 日 〒××× - ×××× 医療施設の名称 〇〇県〇〇市・・・・ 所在地 〇〇産婦人科クリニック 医師・助産師名 △△ △△ (印) 電話番号 (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)				
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。 (印) 年 月 日 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。