本人・家族　# 出産育児一時金申請書

被保険者等の記号番号	―		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　　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				※被保険者本人名義の口座（家族不可）
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　　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、退職後の方は、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。　年　月　日 〒　－ 医療施設の名称 所在地 医師・助産師名 電話番号（　　）　印				
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　印　年　月　日				

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。