

# 出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	999 - 9999	事業所名	〇〇〇〇(株)				
	出産者氏名	健保 花子		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	5 年 4 月 3 日	続柄	妻
	出産日	令和 4 年 3 月 2 日		生産 1 人 死産 人	死産の場合 妊娠からの日数	満 週 ( ) 日		
	医療機関 等の情報	名称	〇〇〇〇 産婦人科医院		所在地	埼玉県〇〇市〇〇3-3-33		
	該当者 のみ回答 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 出産した方がトッパングループ健保に「加入」してから6ヵ月以内の出産 <input type="checkbox"/> 出産した方がトッパングループ健保を「脱退」してから6ヵ月以内の出産						
		加入前または脱退後の 健保組合等の名称			記号・番号			
		上記健保組合等への同申請について		<input type="checkbox"/> 申請した (申請予定)		<input type="checkbox"/> 申請しない		
	給付金の受取 方法について 選択に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 事業所払いを希望する (事業所経由で給与と併せて支給/支給日: 事業所の給与支給日) <input checked="" type="checkbox"/> 本人払いを希望する (本人口座に直接支給/支給日: 毎月2日、土日祝の場合はその翌日)						
		〇〇〇〇		銀行・信用金庫 他 ( )	□□□	本店・支店 他 ( )		
		普通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	口座名義	ケンボ ヒロシ		
トッパングループ健康保険組合理事長 殿 上記のとおり請求します。 また、給付金の事業所払い(受取代理)を選択した場合は事業主に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 4 年 5 月 15 日 住所 〒 222-2222 埼玉県〇〇市〇〇2-2-202 氏名 健保 弘志 TEL 222-222-2222								

証 明 欄 ( い ず れ か の 証 明 で 可 )	医師等 による 証明	出産者氏名			出産日	令和 年 月 日	
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児 )	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)	分娩の状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
		上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地					
	市区町村 による 証明	本籍			筆頭者 氏名		
		母の氏名			令和 年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 市区町村長名						

直接支払制度を利用しない場合、  
いずれかの証明が必要です。

添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書の写し (産科医療補償制度対象の場合は制度加入機関印が押印済であること) <input checked="" type="checkbox"/> 直接支払制度利用に関する医療機関との合意書の写し <input type="checkbox"/> 海外で出産の場合、出生証明書と第三者による翻訳文
------	--

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事業所
担当者
赤・・・本人記入 緑・・・医師記入