

被保険者
家 族 出産育児一時金支給申請書

① 被保険者証の 記号・番号	-		② 被保険者の 氏 名			
③ 事業所(会社) の名称			④ 事業所の 所在地			
⑤ 出産年月日	年 月 日			⑥ 死亡のとき はその旨		
⑦ 出産した医療施設 等の名称						
⑧ 出産した医療施設 等の所在地	〒					
⑨ 被扶養者の出産 であるときはその 氏名・生年月日	氏 名			生 年 月 日	年	月 日
⑩ 出生児の氏名 ・生年月日	氏 名			生 年 月 日	年	月 日
⑪ 出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で ある / ない		⑫ 出生児が被扶養 者でないときは その理由			
⑬ 他制度から給付を 受けているかどうか	他制度から給付を 受けている / 受けていない			⑭ 備考		
⑮ 振込先 (被保険者口座) (ゆうちょ銀行不可)	銀行 金庫 組合	支店	普通 ・ 当座	No.	フリガナ	
					口座 名義	
⑯ 年 月 日 上記のとおり申請します。 住 所 〒 被保険者の 氏 名 ⑰ T E L ユアサ健康保険組合理事長 殿						

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑰ 出産日	年 月 日		⑱ 生産または 死産の別	生産 / 死産		
	⑲ 出生児数	単胎 / 多胎 (児)			(妊娠第 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住 所(所在地) 〒 医療機関名 医師・助産師名 T E L ※押印不要ですが、医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ)等を使用してください						
	⑳ 筆頭者氏名				㉑ 出生児氏名		
	㉒ 出生届出日	年 月 日			㉓ 出生年月日	年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。 住 所 〒 市区町村 市区町村長 氏名 ⑲ T E L							