

出産育児一時金支給申請書

① 被保険者 記号-番号	-		② 被保険者 氏 名			
③ 事業所(会社) 名 称			④ 事業所 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 (印)						
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 (印)					
T E L					