

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 出生時の数	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				