

全国土木建築国民健康保険組合 出産育児一時金支給申請書

提出
区分

- 1 申請者から直接
- 2 事業所を経由

○ 組合員（申請者）に関する項目

組合員	被保険者証 記号・番号			氏名	Ⓜ
	住所	〒 -		署名される場合又はご遺族が申請される場合は押印不要です。	
	電話番号	() -	1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ()		
申請年月日	平成 年 月 日	事業所名			
申請者区分	1 組合員 次の「申請者」欄は記入不要です。 2 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合） 次の「申請者」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍謄本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、本組合の被保険者であった場合は添付不要です。				

申請者 組合員が申請者の場合は、記入不要です。	氏名	Ⓜ	組合員との続柄	
	住所	〒 -		
	電話番号	() -	1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ()	

○ 申請内容に関する項目

出産者氏名		出産者の 生年月日	3 昭 年 月 日 4 平
最終稼働年月日	平成 年 月 日	出産年月日	平成 年 月 日
出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	生産又は 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週間)
直接支払制度 の利用の有無	1 出産育児一時金の医療機関への直接支払制度を利用し、差額を請求する。 2 医療機関への直接支払制度を利用していない。 直接支払制度を利用しない旨合意した文書の写を添付してください。		
出産費貸付 の有無	有 (円) ・ 無	出産した 分娩機関名称	

○ 受領方法、振込先等

受領方法	この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。	
該当する番号を○ で囲んでください。 なお、「2」の場合は 記入年月日、住所、 氏名を記入のうえ 押印してください。	1 私の下記口座に振込み願います。(直接組合から受領します)	
	2 次の代理人に受領を委任します。 次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。 なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。	
	平成 年 月 日	組合員 氏名 Ⓜ (申請者) 住所

代理人	氏名	Ⓜ	住所	〒 -
	事業主に受領委任される場合、事業所名称、事業主氏名のみ記入してください。(押印不要)		電話番号	() -
	申請者との関係		1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ()	

振込先 事業主に受領委任される場合又は通帳の写(口座番号等の記載面)を添付される場合は記入不要です。	金融機関名称		支店名称	コード
	預金種目	口座番号	口座名義(フリガナ)	
	1 普通(総合を含む) ・ 2 当座		()	

(注) 「提出区分」、「申請者区分」、「直接支払制度の利用の有無」、「受領方法」、「預金種目」の各欄は、該当する番号を○で囲んでください。また、「電話番号」欄については、日中連絡が可能な電話番号を記入のうえ、自宅、携帯等の区分について、該当する番号を○で囲んでください。

・「資格取得前又は資格喪失後の保険の関係」欄(別紙)を必ずご覧のうえ、該当する場合は記入してください。
 ・「医師又は助産師の証明書」欄(別紙)に証明を受けて提出してください。また、出産費用の内訳が記載された領収・明細書の写を添付してください。
 ・小規模医療機関等で出産を予定している場合であって、受取代理制度を利用して出産育児一時金を請求する場合は、当該医療機関の窓口又は給付事務センターにお問い合わせください。
 ・「振込先」欄の記入誤りがあった場合は送金できませんので、できる限り通帳の口座番号等の記載面(ゆうちょ銀行の場合は振込用の口座番号等記載面)写を添付してください。(その場合、「振込先」欄は記入不要です。)

○ 資格取得前又は資格喪失後の保険の関係

資格取得前・喪失後の別	取得前・喪失後	資格取得・喪失年月日	平成 年 月 日
保険者名 保険者の区分について、該当する番号を○で囲んでいただき、保険者名を記入してください。	1 健康保険 (協会けんぽ ・ _____ 健康保険組合)		
	2 船員保険		
	3 共済組合 (_____ 共済組合)		
	4 国民健康保険	(_____) 区 (東京都特別区) 市 国民健康保険 町 _____ 村 _____ _____ 国民健康保険組合	
被保険者証記号・番号		この保険で支給を受けられることができる金額	円

(注) この欄は、次に該当する場合のみ記入してください。(資格取得前又は資格喪失後の保険者から交付される支給決定通知書の写を添付される場合、「保険者名」、「被保険者証記号・番号」及び「この保険で支給を受けられる金額」の各欄は記入不要です。)

- ・組合員又は組合員の世帯に属する被保険者が被保険者資格取得後6か月以内に出産された場合
- ・組合員であった者が被保険者資格喪失後6か月以内に出産された場合
- ・組合員の世帯に属する被保険者であった者が当該組合員の組合員資格喪失後1か月以内に出産された場合

医師又は助産師の証明書

出産者氏名	生年月日	3 昭 年 月 日 4 平
出産年月日	平成 年 月 日	出生児の数 単胎 ・ 多胎 (児)
上記のとおり証明します。 平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 か月 週)
所在地 医師又は 医療機関等 助産師 名称 氏 名 (印) 電話番号 () -		

(注) 出生が確認できる書類(戸籍謄(抄)本、戸籍事項記載証明書、母子健康手帳(写)等)を添付して提出する場合、この「医師又は助産師の証明書」欄は記入不要です。