

支給決定伺				支給決定	令和	年	月	日
支給決定額		円		常務理事		事務長		担当者
歳出款項目	—	—						
支払年月日	令和	年	月	日				

被保険者
 家族 出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号	被保険者番号-枝番	被保険者氏名		
6010	123456 - 01	兼松 太郎		
分娩者氏名	兼松 花子	分娩者の生年月日	H	4年 9月 1日
分娩年月日	R	1年 5月 5日		
直接支払制度の利用の有無	<input type="checkbox"/> 利用した <input checked="" type="checkbox"/> 利用しなかった			

医師又は助産婦の証明	医師又は助産婦の記入欄となります。			
------------	-------------------	--	--	--

※記号番号の代わりに個人番号を記入する事も可能です。個人番号を使用されたい場合は、被保険者番号欄に12ケタの個人番号をご記入下さい。

被扶養者認定より6ヶ月以内の出産 又は 被扶養者資格喪失後6ヶ月以内の出産の場合のみ				
<input type="checkbox"/> ①被扶養者認定より6ヶ月以内の出産 <input type="checkbox"/> ②被扶養者資格喪失後6ヶ月以内の出産 いずれかに該当する場合は、次の証明を受けてください。				
①の場合は以前分娩した者が加入していた健康保険組合の証明	(元)被保険者又被扶養者氏名	(旧姓)		
	(旧)又(新)被保険者記号番号	出産年月日	R	年 月 日
	資格取得日	R	年 月 日	資格喪失日 R 年 月 日
②の場合は分娩した者が加入している健康保険組合の証明	上記について(家族)出産育児一時金を支給していないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名称 代表者名			

☆退職者又は任意継続被保険者のみ(現役社員は記入不要)				
振込先選択	<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望する <input type="checkbox"/> その他の振込先を希望する ※公金受取口座への振込には事前にマイナンバーを利用した登録が必要となります。 ※その他の振込先を選択された方は下記ご記入ください。(但し被保険者の銀行口座に限る。)			
振込先	銀行名	支店名	口座種別	口座番号
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	

受付日付

兼松健康保険組合 殿

令和 1年 5月 25日 上記により請求します。

被保険者氏名 兼松 太郎