日 裁　付 決　印

伺年月日	令和　年　月　日			
常務理事	事務長	課長	係長	係

法定給付費	
附加給付費	

健康保険　~~被保険者~~ ~~家族~~　出産育児一時金支給申請書

令和　年　月　日請求

愛知県信用金庫健康保険組合 理事長 様
下記のとおり請求します。

被保険者情報	被保険者証の記号・番号		被保険者氏名	生年月日
	(記号) 100	(番号) 999	○○　○○	昭和 平成 ○年○月○日
	事業所の名称	○○信用金庫	被保険者の住所	○○市○町○-○
	被保険者のマイナンバー記載欄			

※被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記載は必要ありません。

記載の必要はありません

申請内容					
出産した者	(1.) 被保険者　2. 家族(被扶養者)				
出産した者が家族(被扶養者)の場合	氏名		生年月日	昭和 平成　年　月　日	
出産した年月日	令和　○　年　○　月　○　日				
生産または死産の別	(1.) 生産　2. 死産　3. 生産・死産混在				
「生産」の場合 出生人数	1　人	「死産」の場合 死産児数	人	「死産」の場合 妊娠経過期間	満　週
出産した医療機関	名称	○○病院	所在地	○○市○町○-○	

出産した者が家族の場合		
被扶養者認定後6か月以内の出産ですか	1. はい　・　2. いいえ	
「はい」の場合、以前に加入していた保険者についてご記入ください		左記の保険者に今回の出産による出産育児一時金の請求はしていませんか
保険者名		1. 請求していない 2. 請求した
加入期間	年	
記号番号		

被保険者が出産した場合は記入の必要はありません

振込先口座				
金融機関名		信用金庫	支店名	支店
預金種別	1. 普通 ・ 2. 当座		口座番号	
フリガナ 口座名義				

医師・助産師の証明するところ				
出産年月日	令和　年　月　日	出産・死産の別	出生・死産 (満　週)	
		出生児の数	単胎・多胎 (　児)	

上記のとおり相違ないことを証
令和　年　月
医療施設の
医療施設の名称
医師・助産師の氏名

医師、助産師に証明をもらってください
市区町村長から証明をもらう場合は、当組合へ連絡をお願いします

※添付書類チェック欄 ≪添付忘れがないかチェックしてください≫

- ☐ 出産費用明細書(領収書)の写し　「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押印してあるもの
- ☐ 直接支払制度を利用しない合意文書の写し

受付日付印

組合使用欄								
被保険者喪失年月日	平成 令和		年		月		日	
被扶養者認定年月日	昭和 平成 令和		年		月		日	

R5. 10