

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給内訳	円
標準報酬月額	千円(等級)

支給支払決議書				
常務理事	事務長	主任	担当	担当
資格取得			年 月 日	
資格喪失			年 月 日	
支払年月日			年 月 日	

# 健康保険 被保険者家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等記号・番号(左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 - )	都(道)	府(県)	年 月 日
電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

「振込先指定口座」は、資格を喪失した方のみ記入してください。法政大学の方は、事業主に登録されている口座、それ以外の加入者の方は、当健保に登録されている口座に振込いたします。受取代理人を指定する方は、「受取代理人の欄」にご記載ください。

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
		口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

「2」の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	代理人(口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	氏名	(〒 - ) TEL ( )	委任者と代理人との関係	

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

# 健康保険被保険者家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者氏名

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）		
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	2 出産した年月日	令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在		
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数	<input type="text"/> 人
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週	
4 出産した医療機関等	名称	所在地		
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/>	1. はい    2. いいえ
5 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。			保険者名	
			記号・番号	
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を			<input type="checkbox"/>	1. 受けた／受ける予定    2. 受けない

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名	出生年月日	令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (    ) 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠    ) 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。		医療施設の所在地	医療施設の名称
		令和	年	月	日
				医師・助産師の氏名	
証明欄 (市区町村長による証明の場合(生産のみ))	本籍	筆頭者氏名			
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日	令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。		市区町村長名		印
	令和	年	月	日	

【添付書類】

- ① 病院、診療所、助産所等が発行する領収明細書の写し
- ② 合意文書の写し
- ③ 医師又は助産師が発行した出生証明書(申請書2枚目の証明欄に証明が受けられなかった場合)

※ご記入いただいた個人情報は、「法政大学健康保険組合が保有する個人情報の利用目的の公表について」に記載された目的以外には使用いたしません。