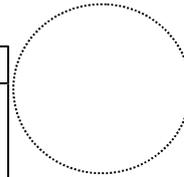


被保険者
家 族

出産育児一時金支給申請書

健保受付印



常務理事	事務長	係	同年月日	No.	右のとおり 支給してよ ろしいか	支 給 額
						_____円

一方を記入 A・Bのどちらか	A. 保険証記号番号 —	氏名	※個人番号記入時の注意 ①被保険者証の記号番号を記入した場合は個人番号は記載不要です。 ②個人番号を記入した場合、申請書は申請者が直接健康保険組合の窓口 に持参するか、書留郵便等で送付してください。なお申請書について 番号確認および身元確認を行いますので、窓口を持参の場合は個人番 号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書（保有し ていない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上）をお持ち ください。送付の場合は、上記書類の写しを同封してください。
	B. 個人番号		

出産年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混合
-------	----------	--

出産した医療機関等	名称 所在地
-----------	-----------

家族（被扶養者） の出産の場合	出産者氏名 その方は <input type="checkbox"/> 被扶養者である <input type="checkbox"/> 被扶養者ではない
--------------------	---

出生児の氏名	出生児の 続柄
--------	------------

出産した方の保険 被保険者・家族とも資格喪失 後6か月以内の出産に対しても 支給されるため、支給を受け ることができる保険者が複数 になる場合もありますが、 重複して支給を受けることは できません。	●被保険者が出産 以前勤めていた会社の退職日から6か月以内の出産ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(下欄へ)
	●家族が出産 京阪グループ健保に加入した日(被扶養者認定等)から 6か月以内の出産ですか？ _____ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(下欄へ) (以下、「はい」の方のみ) ★以前加入の 勤務先 _____ 保険者名称 _____ (健保・共済・)記号 _____ 番号 _____ ★上記保険者より出産育児一時金を <input type="checkbox"/> 受けた・受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない

医師・助産 師の証明	出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	出生児の数	単胎・多胎(児)	備 考	

市区町村 長の証明	本 籍	筆頭者氏名	出生児氏名
	出生届出日	令和 年 月 日	出生年月日

市区町村 長の証明	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		
	医療施設の名称 _____ 医師・助産師名 _____ 所在地 _____		

(本欄は、京阪ホールディングス社員・京阪電気鉄道社員・任意継続被保険者は記載不要)
上記の支給は、事業所庶務担当者を経由して行われることに同意し、
その受領を委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

任意継続被保険者のみ記入

_____銀行・信用金庫 _____支店

普通・当座 口座番号 _____

名義人(カタカナ) _____

全員記入

領 収 書

上記のとおり領収しました。
令和 年 月 日

受取人氏名 _____