

健康保険

被保険者
被扶養者

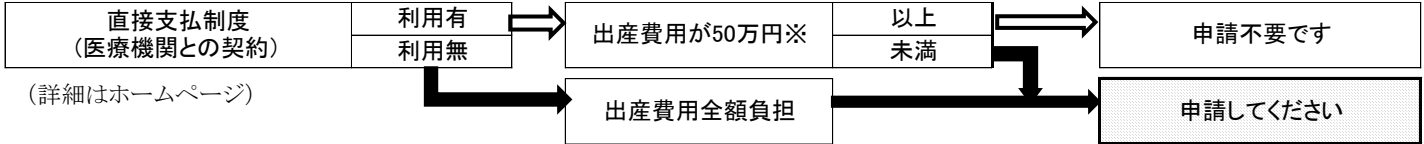
出産育児一時金

支給申請書

被保険者（申出者）記入用

下の方は申請してください。

※産科医療保障制度未加入の出産・死産、海外での出産の場合は48万8千円



被保険者 記入欄	被保険者の欄	記号(1か2) <input type="checkbox"/>	番号(保険者番号06270748ではありません) <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名・印	(フリガナ) <input type="text"/>		印 <input type="text"/>
	分娩した方の欄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	氏名 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	分娩年月日	年 月 日		
	生産・死産別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産	「生産」の場合 出生児数 人	「死産」の場合死産児 数と妊娠経過期間 人・満()週
	産科医療保障制度	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入	※産科医療補償制度加入分娩の 場合は領収書または請求書に押 印があります。	直接支払制度 <input type="checkbox"/> 利用有 <input type="checkbox"/> 利用無
	金融機関 名称(コード)	()	支店名 (コード)	()
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	<input type="text"/>
	口座名義(カタカナ) 被保険者の口座を記入	こちらの記入口座に必ず振り込まれるわけ はありません		
	振込口座 について	基本的には、事業主経由で被保険者口座に振り込みします。(事業主により給与合算など、上記に記入いただいた口座ではない事があります。) 直接支払制度を利用した分娩で、差額分の支払いは、医療機関からの請求を確認後に振込いたします。その為、医療機関からの請求時期により、上記口座に直接振り込む場合と、事業主経由で振込む場合があります。		
届出委任 について	※届出を事業主に委任される場合(右の承認印を押印) 添付書類をそろえて事業主へ提出し事業主から健保へ ※届出を事業主に委任しない場合(右の委任の承認印は押印不要) ①被保険者の記号、番号、氏名を記入し事業主へ提出 ②事業主から受領代理人である事業主印を押印された ものを受取る ③残りの必要事項を記入し、添付書類と一緒に被保険者から直接健康保険組合へ届出を行う			委任します 印 <input type="text"/>

医療機関 証明欄	出生者氏名	<input type="text"/>	出産年月日	年 月 日
	出生児の数	人	生産または死産 の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (満()週()日)
	上記のとおり相違ないことを 証明する	医療機関の所在地 医療機関の名称 年 月 日 医師・助産師の証明		

事業主 証明欄	受領の代理人であることを証明します。	年 月 日
	事業所所在地	印 <input type="text"/>
	事業所名称	
事業主氏名		

上記の事由に該当するため、申出します。

年 月 日

※添付書類

- 直接支払制度の合意文書(医療機関と締結)のコピー
 産科医療保障制度の押印がある領収書(または請求書)のコピー
 (大阪ガス:届出を委任しない) ①の時に返送用の重要便シールを同封

決定金額 円

算定

()医療費計算 ()EB

大阪ガス健康保険組合

健保受取印

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。