

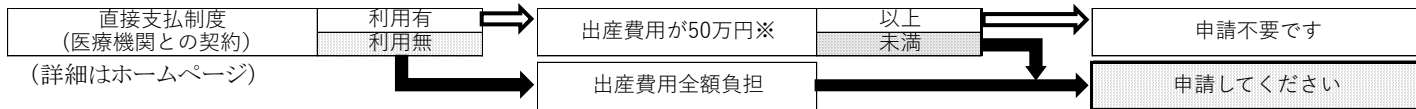
健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金 支給申請書

被保険者（申請者）・
医師、助産師 記入用

下記の事由に該当するため、申請します。

申請日 年 月 日

※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 情 報	被 保 険 者	記 号 (1か2)	番 号 (06270748ではありません)(右づめ)				記号番号が分からない場合は個人番号(マイナンバー)を記入してください											
	氏名	(フリガナ)	印													生年月日	年	月
申 請 内 容	分娩した方 の氏名					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		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 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在											
	「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有ります。				直接支払制度	<input type="checkbox"/> 利用有 <input type="checkbox"/> 利用無									
	※口座は被保険者名義の口座を記入してください																	
	金融機関名称(コード)	()				支店名(コード)	()											
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号(右づめ)					口座名義(カタカナ)										
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みいたします。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、事業主経由で振り込む場合があります。																印	
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委任します ※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																印	

医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	出産者氏名					出産年月日	年	月	日
	生産・死産別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)		出生児数	<input type="checkbox"/> 単児 <input type="checkbox"/> 多児()児				
	上記のとおり相違ないことを証明します。								
	医療施設の所在地								
	医療施設の名称								
医師・助産師の氏名									
電話番号									

事 業 主 記 入 欄	受領の代理人であることを証明します。									
	事業所所在地						事業主担当者名			年 月 日
	事業所名称									
	事業主氏名									
	電話番号									

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
(大阪ガス社員で届出を委任しない方) ①の時に返送用の重要便ソールを同封

健保組合 記入欄	算定	決定金額	円
EB支給分			

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印

※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。