

支払額					常務理事	事務長	担当者	担当者
出産日	令和	年	月	日				

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金【差額】支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の	記号	番号	事業所の 名称					
		氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日		
	出生児の氏名			被保険者と 出生児の続柄		出生児数	人		
	出産年月日	令和	年	月	日	生産・死産 の別	生産 死産	妊娠 経過期間	ヵ月 週
	出産した場所	病院等の名称							
		病院等所在地							
	被扶養者の出産であるときは その氏名と生年月日	氏名							
		生年月日	昭和 平成	年	月	日			
	出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある・ない							
	出生児が被扶養者で ないときはその理由								
	退職後6か月以内の出産ですか	はい (加入していた : 健康保険) ・ いいえ							
	振込先銀行名 <small>※被保険者の口座を記入願います</small>	銀行		支店		普通			
	(フリガナ)								
	口座No.	口座名義人							
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 - 被保険者住所 氏名 ㊟ カゴメ健康保険組合 殿									

医 師 又 は 助 産 婦 が 証 明 す る 欄	出産年月日	令和	年	月	日		
	生産死産の別	生産	・	死産(妊娠	月)	出生児の数	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の所在地・名称 医師・助産婦名 ㊟						

※ 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー添付
 ※ 出産費用の領収・明細書のコピー添付