

**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（申請者）が記入するところ	健康保険証の記号・番号	記号	番号	事業所の名称			
	被扶養者が出産した場合	氏名	生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	続柄	
	出産した年月日	令和 年 月 日					
	出生児数	人	死産児数	人	死産の場合 妊娠経過期間	ヵ月	週
	出産した医療機関等	名称					
		所在地					
	被保険者資格喪失後6ヵ月以内の出産、又は被扶養者認定後6ヵ月以内の出産に対する申請の場合は、ご記入ください。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6ヵ月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができますことになっています。						
	[被保険者]被保険者資格喪失後6ヵ月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号				保険者名		
	[家族]被扶養者認定後6ヵ月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号				保険者名		
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。						
支払金融機関 <small>（受取を代理人に委任する場合は委任状も記入）</small>	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナ）		
			普通当座		（カタカナ）		
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。							
備考欄	(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)						
<input type="checkbox"/> 上記申請内容に誤りがないことを確認の上、申請します。 令和 年 月 日 郵便番号 カネカ健康保険組合理事長 殿 住所 被保険者（申請者）の氏名 電話番号							
<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 <input checked="" type="checkbox"/> ）。							
委任状	被保険者	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 被保険者氏名					
	受取代理人 <small>（口座名義人）</small>	住所					
		Tel（日中連絡先）					
	氏名				続柄		
医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	出産者氏名			出産した年月日	令和 年 月 日		
	出生児の数	単胎・多胎（ 児）	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 ヵ月 週）			
	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・所在地 医師・助産師名						
	本籍			筆頭者氏名			
	母の氏名			出生届出日	令和 年 月 日		
	出生児氏名			出生年月日	令和 年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名							

※医師・助産師又は市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類を添付してください。（母子健康手帳の出生届出済証明書、出生届受理証明書、戸籍抄本等のコピー）

※医療機関等から交付される代理契約に関する文書のコピー及び出産費用の領収・明細書のコピーを添付してください。

※海外における出産の場合は、出生証明書のコピー、海外出産における確認書の提出が必要です。