

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)記入用

事務作業簡略化の為、両面印刷にご協力をお願いいたします。

被保険者(申請者)情報	記号	1 0 0 1	番号	2 3 4 5 6	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0	1	1	1	2	0
	氏名	(フリガナ)	ボッシュ ケンポ								
	住所	(〒	355	-	0028)	埼玉	都	道	東松山市	箭弓町
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	0493	(22)	0890					
<input checked="" 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"/>)											

振込先指定口座	金融機関 名称	埼玉りそな	銀行	金庫	信組	東松山	本店	支店
	預金種別	1	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	7 6 5 4 3 2 1	左づめでご記入ください。		
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)					口座名義 の区分	1
ホ ッ シ ュ ケ ン ポ °								

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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
	代理人 (口座名義人)	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ								
	住所	(〒	-)	TEL	()	委任者と 代理人との 関係			
		(フリガナ)									
		氏名									

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄(R2.12)
受付日付印

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡ください。

※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。

ボッシュ健康保険組合

〒355-0028 埼玉県東松山市箭弓町2-5-5 社内便: Hig RBHI

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

ボッシュ 健保

申請内容	1 出産した者	2 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）									
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	ボッシュ 康子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	02	年	04	月	15	日
	2 出産した年月日	令和	0X	年	03	月	15	日			
	3 生産または死産の別	1 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在									
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	1	人	3 - ② 「死産」の場合死産児数		人	3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満		週	
4 出産した医療機関等	名称	〇〇総合病院		所在地	東京都港区△△						
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		2	1. はい 2. いいえ							
5 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名		記号・番号								
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を				1. 受けた／受ける予定 2. 受けない							

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による 証明の場合	出産者氏名	出生年月日	令和		年		月		日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠) 週							
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名						
市区町村長による 証明の場合(生産のみ)	本籍	筆頭者氏名								
	母の氏名	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						

 この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。(にチェックをお願いいたします)

- 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- 記載内容については誤りが無いことを申請者本人が確認している。