

支給決議書	支払年月日	年 月 日	被保険者資格		被扶養者資格	
	伺い年月日	年 月 日	資格取得	年 月 日	有 ・ 無	
	支給額	円	資格喪失	年 月 日	取得年 月 日	

## 健康保険 本人 家族 出産育児一時金請求書

\* 添付書類 ① 医療機関から交付される「代理契約に関する文書」の写し ② 退院時に精算した出産費用の「領収・明細書」の写し  
 \* 出産育児一時金は妊娠4ヶ月以上の分娩であれば生産・死産・流産を問わず給付いたします。  
 \* 医師等の分娩に関する証明書（原本）が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名及び捺印・住所等記載したもの）も添付してください。

申請者（被保険者）記入欄	被保険者証の記号番号	-		被保険者の氏名と印	Ⓜ		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	被保険者の住所電話番号	フリガナ	〒 - 電話 ( ) -						
	事業所の名称及び課係名・電話番号	事業所名							メールNo.
		課係名	電話 ( ) -						
	被扶養者(家族)が出産した場合	被扶養者の氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄	
	出産年月日	平成	年 月 日	出生児数	死産児数	死産の時はその旨と妊娠経過期間		(妊娠 ヶ月・週)	
	出生児の氏名	(フリガナ)							
	申請者又は出産した家族が <b>出産予定日から6か月以内</b> に健康保険の資格を喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。								
	申請者本人がヤマハ健康保険組合の被保険者資格喪失後6か月以内に出産することによる申請の場合、資格喪失後に加入している保険者名と住所及び保険証の記号・番号				保険者名				
					保険者住所				
				記号	番号				
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請の場合、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と住所及び保険証の記号・番号				保険者名					
				保険者住所					
				記号	番号				

\* 被保険者証の記号番号を訂正する場合は、訂正の押印は不要です。  
 \* 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の訂正押印は不要です。（修正液等不可）

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	出産した年月日	平成	年 月 日	生産または死産の別	生産・死産	妊娠	ヶ月 週	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎( 児)		備考				
	上記のとおり相違ないことを証明する。平成 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 Ⓜ							
	本籍				筆頭者氏名			
	出生年月日	平成	年 月 日	出生児氏名	出生届出日	平成	年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日								
市区町村長名 Ⓜ 電話 ( ) -								

委任欄	本請求書に基づく (事業所名) 給付金の受領を	Ⓜ に委任します。					
	平成 年 月 日 被保険者氏名	Ⓜ					

\* 退職者及び退職予定の方は、下の振込依頼書に被保険者名義の口座をご記入下さい。

振込依頼書	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	名義人名
				普通 ・ 当座	(フリガナ)

備考欄	
-----	--

事業所担当者印	健保受付印

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。  
 被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。  
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)