

受付年月日	令和 年 月 日	支 給 支 払 決 議 書
伺年月日	令和 年 月 日	常務
法 裁 年 月 日	令和 年 月 日	
支 払 年 月 日	令和 年 月 日	
資格取得年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
資格喪失年月日	令和 年 月 日	
支払年月日	令和 年 月 日	

添付書類
・ 出産育児一時金請求書をご提出前
にご一読ください。ご確認ください。

ご自分の健康保険証上部に記載
されている記号番号欄の数字を
記入してください。

被保険者 (本人) 家族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 (本 人) が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	1-11111	② 事業所の名称	株式会社○△□
	③ 被保険者の 氏名	健康次子	④ 被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 53年4月5日
	⑤ 出産した 者の氏名	健康次子	⑥ 出産した者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 53年4月5日
	⑦ 出産年月日	令和〇〇年5月30日	⑧ 生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産妊娠 ()週
	⑨ 出生児の数		<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	
	⑩ 出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない		
	⑪ 出産した 医療機関等	名称 大阪病院 所在地 大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号		
	⑫ 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ヶ月以内の出産ですか? 「はい」の場合 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	同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ □ 受けた(受ける予定) <input checked="" type="checkbox"/> 受けない
	⑬ 振込希望機関	大阪 銀行 金庫 組合 大阪 店	口座番号 1234567 口座名義 (カタカナ) ケンコウツギコ	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		被保険者(本人)の振込希望機 関を記入してください。	タル等で事前登録した公金受取口座を利用します 合は <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合は⑬振込希望機関の欄を記入)	
		上記のとおり申請します。	⑮ 〒 111-1112	
		令和〇〇年6月1日 エクセディ健康保険組合理事長 殿	被保険者の 住所 大阪市大阪区大阪町4丁目5番6号 氏名 健康 次子	
	医療機関記入欄です。	マイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい (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)	備考欄	

い ず れ か に ご 記 入 く だ さ い	が 医 師 明 示 助	出産者の氏名 健康次子 生産・死産の別 <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産妊娠 ()週
		出産年月日 令和〇〇年5月30日 出生児の数 <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
		上記のとおり相違ないことを証明する
		市区町村記入欄です。 〇〇日 医療施設の名称・所在地 大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号 医師・助産師名 大阪病院 院長名
	明 示 する 欄 ※ 長 生 産 の み	本籍 〇〇〇 筆頭者の氏名 〇〇〇〇 母の氏名 健康次子
	出生児の氏名 健康一郎 出生年月日 令和〇〇年5月30日	
	上記のとおり相違ないことを証明する	
	令和〇〇年〇〇月〇〇日 市区町村長名 〇〇〇〇 大阪 太郎 大阪	

受付年月日	令和 年 月 日	添付書類 ・出産育児一時金請求書をご提出前 にご一読ください。ご確認ください。		
同年月日	令和 年 月 日		常務	
決裁年月日	令和 年 月 日			
ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。		円	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
			資格喪失年月日	令和 年 月 日
			支払年月日	令和 年 月 日

被保険者 (本人) 家族 出産育児一時金請求書

被保険者(本人)が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	1-1111		② 事業所の名称	株式会社○△□		
	③ 被保険者の氏名	健康太郎		④ 被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 53年4月5日		
	⑤ 出産した者の氏名	健康花子		⑥ 出産した者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 54年4月7日		
	⑦ 出産年月日	令和〇〇年5月30日		⑧ 生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産妊娠 ()週		
				⑨ 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)		
	⑩ 出生児が被扶養者がどうか	被扶養者で <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
	⑪ 出産した医療機関等	名称	大阪病院	所在地	大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号		
	⑫ 出産した方	被保険者	→ 退職後6ヶ月以内の出産ですか			<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
		家族	→ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか				
		「はい」の場合	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	〇〇健保
		同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を			<input type="checkbox"/> 受けた(受ける予定) <input checked="" type="checkbox"/> 受けない		
	⑬ 振込希望機関	大阪 銀行 金庫 組合		大阪 店	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 1234567	
		被保険者(本人)の振込希望機関を記入してください。			口座名義(カタカナ)	ケンコウタロウ	
上記のとおり申請します。 ⑮ 〒 111-1112							
令和〇〇年6月1日			被保険者の住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号				
エクセディ健康保険組合理事長 殿			氏名 健康太郎				
医療機関記入欄です。 代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい(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) 備考欄							

いずれかが医師明・助	出産者の氏名	健康花子		生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産妊娠 ()週	
	出産年月日	令和〇〇年5月30日		出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	
記入ください	上記のとおり相違ないことを証明する					
	〇月〇〇日	医療施設の名称・所在地			大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号	
	市区町村記入欄です。			医師・助産師名 大阪病院 院長名		
記入ください	本籍	〇〇〇	筆頭者の氏名	〇〇〇〇	母の氏名	健康花子
	出生児の氏名	健康一郎		出生年月日	令和〇〇年5月30日	
	上記のとおり相違ないことを証明する					市区町村長名