

※申請書は『全2ページ』です。A4で印刷し必要な書類を添付の上、ホチキスでとめて申請してください。

被保険者(申請者の情報)	記号	番号	事業所名称
	[受診時] 被保険者等 (右づめ)		
	氏名		生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
連絡先住所	(〒 -)	都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

振込先指定口座	<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。) <small>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。</small>			
	金融機関名称	労働金庫	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 本店営業部 <input type="radio"/> 支店	
	店番号	口座番号	右づめでご記入ください。	預金種別 1. 普通
口座名義	▼カタカナ		口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は、必ず以下の欄を記入してください。

受取代理人の欄	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。		年 月 日
	被保険者(申請者)	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	住所 (カタカナ) 氏名	申請者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページへ続きます。>>>

- ・被保険者等記号・番号を記入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、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R4.12)
受付日付印

被保険者氏名

被
保
険
者
記
入
欄

1 出産した者

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、続柄、生年月日

氏名

続柄

生年月日

 昭和 平成

年

月

日

2 出産した年月日

令和

年

月

日

3 生産または死産の別

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

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 同一の出産について、他健康保険組合等から
出産育児一時金を受給していますか。

1. 受給した 2. 受給していない

▼申請にあたっては、以下をご確認ください。

1. 申請のめやす

直接支払制度を利用した場合で、分娩医療機関等の代理受取額が出産育児一時金の満額に満たないとき。

2. 添付書類について

注) 写しと指定していない書類は原本が必要となります。

①	医療機関等から交付された 「出産費用の領収・明細書」の写し	「出産費用の領収・明細書」内に産科医療補償制度加入医療機関等であることを証明するスタンプが押されている場合のみ、1万2千円の加算があります。
②	医療機関等と交わした「合意文書」の写し	出産育児一時金の申請・受取にかかる代理契約を締結した書類の写し。
③	出産日に加入している健康保険等の 「資格情報のお知らせ」の写し等	[対象の方のみ] 被保険者の資格喪失後の出産による申請時のみ必要。

3. 給付金の支給時期

振込処理は月2回(原則5日と20日)、事前に支給決定通知書を送付します。

なお、審査に時間を要する場合がありますので、ご了承ください。

[提出先・お問い合わせ先]

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階

全国労働金庫健康保険組合 業務部

TEL 03(5217)3162