≪直接支払制度・受取代理制度を利用されなかった方≫

健康保険 □ 本人 □ 家族 出産育児一時金支給申請書（付加金支給申請書） No.1

被保険者等記号・番号	記号	番号	事業所名	
被保険者（請求者）の氏名	（フリガナ）			
被保険者（請求者）の住所・電話番号	〒		TEL　－　－	
被扶養者が出産のときはその氏名・生年月日	氏名	（フリガナ）	生年月日	昭和 平成　年　月　日
出産した年月日	令和　年　月　日			
生産・死産の別	生産の場合出生人数	死産の場合死産児数	死産の場合妊娠経過期間	
	人	人	妊娠　週	
出産した医療機関等	（名称）	（所在地）		

※ 出産した方

① ＊ 被保険者⇒ 退職後6カ月以内の出産ですか
　＊ 家　族 ⇒ 当組合に加入後6カ月以内の出産ですか　□　1．はい　2．いいえ

② ①が「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　保険者名

＊ 家　族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について　記号・番号

②-1
同一の出産について、②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

振込銀行												
	□ 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☑ 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。											
	（フリガナ） 銀行	預金種目	普通・当座・その他（　）	口座番号								
	（フリガナ） 支店	口座名義	（フリガナ）									

委任状	
	この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者の　住所 氏名 代理人の　住所 会社名 氏名

被保険者等の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

マイナンバー	

【直接支払制度を利用されなかった方の添付書類】

1. 直接支払制度を利用しない旨が明示された代理契約書（合意書）控えの写し
2. 医療機関等から交付された分娩費内訳明細書（領収書）のすべての写し

（産科医療補償制度の対象分娩の場合は「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言または所定印が必要です）

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである
□	・申請者本人（被保険者）が記載したものである
□	・記載内容について誤りがないか申請者本人（被保険者）に確認している

※ No.2に医師・助産師または市区町村長の証明が必要です

大阪産業機械工業健康保険組合

≪直接支払制度・受取代理制度を利用されなかった方≫

健康保険 □ 本人 □ 家族 出産育児一時金支給申請書（付加金支給申請書） No.2

医師・市区町村長記入用

※ 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		
出産年月日	出生児の数	生産または死産の別
令和　　年　　月　　日	単胎・多胎（　　児）	□ 生産 □ 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

TEL　　－　　－

【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　　㊞

大阪産業機械工業健康保険組合