

本人・家族 出産育児一時金申請書

被保険者証の 記号番号	-		事業所の 名称			
被保険者の 氏名				被保険者の 生年月日	(和暦)	年 月 日
被扶養者の分娩 であるときはそ の者の氏名	被扶養者 氏名			被扶養者 生年月日	(和暦)	年 月 日
分娩年月日	(和暦)	年 月 日	死産のとき はその旨			
分娩した場所	医療機関等 の名称					
	医療機関等 の所在地	〒 -				
出生児の 氏名				出生児の 生年月日	(和暦)	年 月 日
出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で ある ない		出生児が被扶養者で ないときはその理由			
他健保(国保)から同様の給付を受けている (受ける予定) かどうか (必回答)			受けている (受ける予定) ・ 受けていない (受けない)			
振込希望銀行	銀行		支店 (普通・当座) No	※被保険者本人名義の口座 (家族不可) カナメイギ ()		
			(支店番号)	※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付		
備 考						
ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿						
上記のとおり出産育児一時金を請求いたします。						
〒 - 年 月 日						
被保険者の 住 所						
氏 名						
電話番号 ()						
※在職中の方は現在お勤めの各会社・団体の人事へ、退職後の方は、直接健保組合へご提出ください。						

※ 医師・助産師 又は市区町村長いずれかで証明を受けてください。

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明	分娩年月日	(和暦)	年 月 日	生産・死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 週)		
	出生児の数	単胎・多胎 (児)		産科医療補償制度加入機関の有無	有 ・ 無		
	上記のとおり相違ないことを証する。						年 月 日
市 区 町 村 長 の 証 明	医療施設の名称 所 在 地 医師・助産師名 電 話 番 号 ()						印
	本 籍				筆 頭 者 氏 名		
	出生届提出日	年 月 日	出生児 氏 名	出 生 年月日	年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証する。							
市区町村長名						印	
年 月 日							

添付書類 医療機関との「合意文書」・「費用内訳明細書写し」(産科医療補償制度加入機関においてはその証明印要)