

提出先	健保組合
添付書類等	<input type="checkbox"/> 医療機関との合意文書の写し <input type="checkbox"/> 領収明細書の写し (産科医療補償制度対象分娩については所定のスタンプの押印があるもの)

		受付担当

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

下記のとおり申請いたします。

(その1)

注意事項

※この申請書は、直接支払制度(健保組合が医療機関に直接支払う制度)を利用しなかった場合に使用してください
 ※印刷は、申請書(その1)(その2)を片面印刷でそれぞれに配信すること
 ※医師・助産師および市区町村長の証明を完備のうえ提出してください

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号・番号	5 9 -	事業所名 所属部署	PayPayカード株式会社		
	被保険者 氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
	被保険者住所	〒				
	分娩年月日	令和 年 月 日	死産の場合は その旨			
	分娩した場所	医療施設等の名称				
		医療施設等の所在地				
	配偶者の分娩で あるときはその者の 出生児が 被扶養者かどうか	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
	他制度から給付を受けているかどうか	⇒ 受けている・受けていない				
	被保険者資格喪失後の出産であるか	⇒ ある(資格喪失年月日: 年 月 日)・ない				
	振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	普通預金口座番号		
銀行		本店 支店				

※任意継続被保険者の方は「事業所所属部署」欄の記入は不要です。

※給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振り込みを希望される)場合に記入してください。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		振 込 希 望 口 座	金融機関名	銀行	
	被保険者	住所		支店名	本店 支店	
		氏名				
	受取代理人	住所		普通預金 口座番号		
		フリガナ		フリガナ		
		氏名		口座名義		
委任者と代理人との関係						

受付日付印

被保険者証 記号・番号	5 9	-	被保険者氏名			
医師・ 助産師 または 市区町 村長が 証明す る欄	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産		
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ()		(妊娠第 月または第 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 住所 医療機関 名称 医療施設 医師名 助産師名 電話番号					
	本籍		筆頭者氏名			
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名		出生日	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					