

被保険者（申請者）が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号		被保険者氏名・印	カタカナ ⑩ 自著の場合は押印を省略できます			
		番号		生年月日	昭和・平成	年	月	日
	現住所電話番号	(〒 -) 電話番号 ()						
	事業所名							
	資格取得日	昭和・平成 年 月 日			資格喪失日	平成 年 月 日		
	家族が出産した場合	氏名	カタカナ		続柄	生年月日		
						昭和 平成	年	月
	出産日	平成 年 月 日		生産・死産の別		新生児の数		
				生産・死産()週		単胎・多胎()児		
	出生児の氏名			出生した医療機関等				
出産した方	○被保険者 ⇒ ウラベ健保の資格喪失後6か月以内の出産ですか？ ⇒ 1.はい 2.いいえ							
	○被扶養者(家族) ⇒ ウラベ健保に加入後6ヶ月以内の出産ですか？ 「はい」の場合は「保険者名」と「記号・番号」をご記入ください。							
	○被保険者 ⇒ 現在加入している健康保険の保険者について							
	○被扶養者(家族) ⇒ ウラベ健保加入前に加入していた健康保険の保険者について							
	保険者名		記号		番号			
同一の出産について上記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			

医師・助産師の場合	出産者氏名		出産年月日	平成 年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎()児		生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。				
	平成 年 月 日	医療機関の所在地 医療機関の名称		⑩	
		医師・助産師の氏名			

市区町村長の場合	本籍		筆頭者氏名	
	出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	平成 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。市区町村長名			
	平成 年 月 日 ⑩			

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 農協 本店 本所 金庫 漁協 支店 支所 信組 その他() 出張所						
	預金種別	1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号				左づめで ご記入ください。	
	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください)。						

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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。平成 年 月 日 氏名・印 ⑩ 住所「被保険者が記入する 押印省略不可 ところ」の住所と同じ						
	代理人(口座名義人)	(〒 -) 電話 () 住所 氏名・印 ⑩						

(添付書類)

・直接支払制度を利用し、出産費用が42万円未満の場合(医師・助産師または市区町村長の証明は不要です)

①「制度利用合意文書」のコピーと②「領収・明細書」のコピー

・直接支払制度を利用しない場合

①「制度を利用しない旨合意文書」のコピーと②「領収・明細書」のコピー

受付日付印