

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	フリガナ				昭和・平成	年	月	日
		番号		生年月日								
	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	フリガナ			続柄			生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	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	<input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 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？ ⇒ 1.はい 2.いいえ 「はい」の場合は「保険者名」と「記号・番号」をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被保険者 ⇒ 現在加入している健康保険の保険者について <input type="checkbox"/> 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。 医療機関の所在地 平成 年 月 日 医療機関の名称 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			出生年月日	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										

振込み先指定口座	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 _____ 住所「被保険者が記入するところ」の住所と同じ									
	代理人(口座名義人)	(〒 -) 電話 () 住所 _____ 氏名・印 _____									

(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