

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	フリガナ				
		番号	生年月日	昭和・平成・令和 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・令和 年 月 日			資格喪失日	令和 年 月 日		
	家族が出産した場合	フリガナ	氏名	続柄	生年月日			
					昭和 平成 令和	年 月 日		
	出産日	令和 年 月 日			生産・死産の別 生産・死産()週		新生児の数 単胎・多胎()児	
	出産した医療機関等							
	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？ ○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						⇒ 1.はい 2.いいえ
	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 合による	出産者氏名				出産年月日	令和 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。							
	令和 年 月 日		医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名					

証明の場合(生産のみ)	本籍				筆頭者氏名			
	出生届出日	令和 年 月 日			出生児氏名	令和 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							
	令和 年 月 日							㊞

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。令和 年 月 日						
	代理人(口座名義人)	住所 「被保険者が記入するところ」の住所と同じ (〒 -) 電話 ()						
	住所 氏名							

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印

(添付書類)

・直接支払制度を利用する場合(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