

決裁 令和 年 月 日

|            |  |    |   |   |   |   |   |
|------------|--|----|---|---|---|---|---|
| 支給額        |  | 十  | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| 資格取得       |  | 年  | 月 | 日 |   |   |   |
| 資格喪失       |  | 年  | 月 | 日 |   |   |   |
| 標準報酬<br>月額 |  | 千円 |   |   |   |   |   |

|      |     |    |  |     |
|------|-----|----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 |  | 担当者 |
|      |     |    |  |     |

健康保険 被保険者 家族 出産・育児一時金差額申請書

|  |   |                    |                         |                 |                                |                 |
|--|---|--------------------|-------------------------|-----------------|--------------------------------|-----------------|
| ①被保険者<br>記号  | 222   | ②<br>番号            | 333                     | ③<br>氏名         | (フリガナ) イワテ ケンボ<br>岩手 健保        |                 |
| ④<br>現住所   | 〒020-0122<br>岩手県盛岡市みたけ3-32-18<br>TEL 019-641-7061 |                    |                         |                 |                                |                 |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ⑤被保険者の勤務する<br>(していた)事業所                           | ⑦名 称               | 岩手県自動車販売健康保険組合          |                 |                                |                 |
|  |   | ⑧所在地               | 岩手県盛岡市みたけ3-32-18        |                 |                                |                 |
|  | ⑥ 分娩の日  | 令和 8年 12月 12日      | ⑦生産・死産の別                | 生産・死産(妊娠 10 ヶ月) |                                |                 |
|  | ⑧ 分娩時の病院  | ⑦名 称               | 岩手自動車販売病院               |                 | ⑨入院<br>費用<br>の別                | 健保<br>自費<br>その他 |
|  |   | ⑧所在地               | 岩手県盛岡市みたけ〇-〇-〇          |                 |                                |                 |
|  | ⑩ 出生児   | ⑦氏 名               | (フリガナ) イワテ ケン<br>岩手 健   | ① 被保険者との続柄      | 長男                             |                 |
|  | ⑪ 出生児が被扶養者であることの有無<br>及び被扶養者でないときはその理由            | 被扶養者で ある ・ ない (理由) |                         |                 |                                |                 |
|  | ⑫ 被保険者の分娩   | (夫)氏名              | 勤務先                     |                 |                                |                 |
|  |   | 保健の記号・番号           | 所在地                     |                 |                                |                 |
|  | ⑬ 家族分娩による請求                                       | ⑦家 族<br>氏 名        | (フリガナ) イワテ ケンコ<br>岩手 健子 | ①生年月日           | 昭和<br>平成 7年 12月 12日<br>令和      |                 |
| ⑭<br>支払金融機関  | ⑦銀行等名   | 岩手 銀行 みたけ 本・支店     |                         |                 | 確認<br><input type="checkbox"/> |                 |
|  | ⑧預金の種類  | 普通預金・当座預金          |                         |                 |                                |                 |
|  | ⑨口座番号   | 123456             |                         |                 |                                |                 |
|  | ⑩預金者の氏名   | 岩手 健保              |                         |                 |                                |                 |

※ 注意事項

1. 標題は被保険者が分娩したときは「被保険者」を「家族」が分娩したときは「家族」を○で囲んで下さい。
2. 現住所・氏名は、はっきり記入してください。
3. 銀行口座・口座番号等は事業所担当者が確認してください。

受付印

岩手県自動車販売健康保険組合