

整理番号

出産育児一時金申請書

保険者番号	283051				資格	区分	続柄
被保険者証番号						1) 事業主 2) 従業員	A) 本人 B) 家族
被保険者氏名 (分娩者)					生年月日	昭和・平成	年 月 日
出産の種類	正常 ・ 死産 (日)				資格 取得日	昭和・平成 令和	年 月 日

住 所	〒			電話
-----	---	--	--	----

(フリガナ)			組合員との 続 柄	
新生児氏名	男 女			
分娩年月日	令和	年 月 日		

医療機関等への直接支払制度を利用されましたか ⇒ はい ・ いいえ
(○印必須)

※50万円までが直接支払制度の対象です。
利用した医療機関等が「産科医療保障制度」対象外の場合は、直接支払金額は4万8千円となります。

【振込先口座情報】

銀行名	銀行・信金・信組・農協 その他 ()			支店名	支店 番号
預金科目	当座 普通	口座番号		口座名義 (カタカナ)	

兵庫県食品国民健康保険組合理事長 殿

上記の通り申請します

令和 年 月 日

組合員氏名 _____

【ご提出いただく添付書類】

- 医療機関等から交付される直接支払制度に関する合意文書の写し
- 出産費用の領収書・明細書の写し
- 母子手帳の出生届出済証明が記載されたページの写し
(流産及び死産の場合は医師の診断書等)



-----食品国保組合記入欄-----

医療機関等支払決定額	円
差額支給決定額	円
支給決定額	円

理事長	専務理事	事務局長	担当者

— 新生児加入手続き 記入方法 —

お生まれになったお子様が食品国保にご加入される場合は、【被保険者資格取得申請書】にご記入の上、必要書類を添えて食品国保までご送付下さい。

(様式第1号-1)

(事業主) (従業員) (家族)
甲 乙 家

家に○

被保険者資格	取得	喪失	申請書
該当事項に○ 業種区分 飲食 旅館 喫茶 コンビニ 製造 販売 その他 取扱食品 魚介 青果 食肉 乾物 漬物 惣菜 佃煮 豆腐 パン 菓子 冷菓 牛乳 酒類 麺類 飲料 金融機関 三井住友銀行 みなと銀行 口座引落・振込 ※必ず裏面の【加入誓約書】 をご覧ください。	1 転入 2 社保離脱 3 生保廃止 4 出生 5 その他 6 資格変更 7 後期継続	1 転出 2 社保加入 3 生保開始 4 死亡 5 その他 6 資格変更 7 後期加入	被保険者番号 所属団体名 所属団体代表

令和 年 月 日

兵庫県食品国民健康保険組合理事長 殿

事業主氏名

事業主記入

事業所名・所在地

住民票住所

フリガナ 被保険者氏名	枝番	性別	生年月日	取得 喪失 日	国保組合使用欄				
					証	税	番	身	
新生児		男 女 男 女 男 女	昭 平 令 昭 平 昭 平 令 昭 平 令						

お誕生日

枝番は記入不要

**※個人加入の場合
記入不要**

ご加入条件: 住民票により、世帯主と同一世帯と認められる方

- ◆ フリガナは必ず記入してください。
- ◆ 世帯全員の連記式住民票(続柄・新生児の個人番号あり)を同封して下さい。
- ◆ 必ず裏面の「加入誓約書」をご一読いただき、確認日をご記入ください。

被保険者資格

取得

喪失

申請書

甲 乙 家

該当事項に○

業種区分		
飲食	旅館	
喫茶	コンビニ	
製造	販売	
その他()		
取扱食品		
魚介	青果	食肉
乾物	漬物	惣菜
佃煮	豆腐	パン
菓子	冷菓	牛乳
酒類	麺類	飲料
金融機関		
三井住友銀行	みなと銀行	
口座引落 ・ 振込		

- 1 転 入
- 2 社保離脱
- 3 生保廃止
- 4 出 生
- 5 その他
- 6 資格変更
- 7 後期継続

- 1 転 出
- 2 社保加入
- 3 生保開始
- 4 死 亡
- 5 その他
- 6 資格変更
- 7 後期加入

被保険者番号									
所属団体名・代表	(印)								

※個人加入の方は記入不要

下記のとおり申請します 令和 年 月 日
 兵庫県食品国民健康保険組合理事長 殿

事業主氏名

事業所所在地	〒		
	名称 (屋号)		個人 法人
	電 話	F A X	

住民票住所	〒		
	自宅電話	携 帯	

フリガナ 被保険者氏名	枝番	性別	生年月日	取得日 喪失日	国保組合使用欄			
					証	税	番	身
		男女	令					
		男女	令					
		男女	令					
		男女	令					
		男女	令					

兵庫県食品国民健康保険組合 使用欄

理事長	専務理事	事務長	担当者
-----	------	-----	-----

証	台帳	保険料	市県民税
		医療分	円
入力	入力	後 期	円
		介護分	円



個人番号・身元確認書 (新生児用)

被保険者番号

兵庫県食品国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

① マイナンバーカードについて

保有状況および保険証利用状況について、それぞれ該当する方を○で囲んでください。

【保有状況】

- A：マイナンバーカードを申請中
- B：マイナンバーカードを申請していない

【保険証利用状況】

- C：保険証利用登録する
- D：保険証利用登録しない

② 個人番号確認

下表に加入手続きをする新生児の個人番号をご記入いただき、**住民票(世帯全員分・個人番号あり)**を添付してください。(コピー可)

- ※ 発行後3ヶ月以内のもの
- ※ 国保組合未加入者の住民票個人番号は不要です。マーカー等で消去してください。

加入する新生児氏名	個人番号

③ 組合員身元確認

組合員本人分の◆書類いずれかのコピーを枠内に貼付してください。

のりしろ

- ◆個人番号カード (顔写真面) ◆運転免許証 ◆パスポート
- ◆運転経歴証明書 ◆療育手帳 ◆障害者手帳 ◆福祉手帳
- ◆在留カード ◆特別永住者証明書

◆に該当する書類がない場合は、年金手帳・納税証明書・戸籍謄本など
住所・氏名・生年月日が記載されている公的書類を2種類、貼付してください

④ 家族身元確認

身元確認書類は、加入する方全員分必要です。
但し、**組合員本人が下記□にチェック**を入れた場合、**家族の身元確認書類は不要**です。

同一世帯の家族組合員の身元確認については私が本人確認いたしました