

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金請求書

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	番号	事業所名				
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月 日	
	住所	〒 -			電話番号	()		
	被扶養者が出産した為の請求のときはその者の	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月 日 続柄	
	出産した年月日	令和	年	月 日	生産児数	死産児数	死産のとき(妊娠経過期間) か月 週	
	出産した医療機関等	名称			所在地			
	被保険者が出産の場合	該当要件はどちらですか? 1: 被保険者資格期間中の出産 2: 資格喪失後6ヶ月以内の出産(※1) (※1) 出産日に加入している医療保険制度の保険証の写を添付してください。			被扶養者が出産の場合	家族があなたの被扶養者になった時期は? 1: 出産日から6ヶ月以上 2: 出産日から6ヶ月以内(※2) (※2) 被扶養者になる前に加入していた医療保険制度名を下欄に記入してください。		
	(※2)	医療保険制度・保険者名		保険証の記号番号		被保険者名		
			社会保険事務所・健康保険組合 共済組合・国民健康保険		記号	番号		
	請求者が在籍している場合	委任状	私は、被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金の受領を事業所の保険給付金受領代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者の 氏名					
請求者が退職している場合	振込依頼書	フリガナ	銀行名	銀行	支店	口座区分	普通・当座	受付印
		フリガナ	口座名義	口座番号				
		本請求にかかわる保険給付金は上記に振込されるよう依頼します。 (被保険者であった者) 氏名						玩具人形健康保険組合
どちらかに証明を受けてください。	医師・助産師	出産した年月日	令和	年	月 日	出生児の数	単胎・多胎(児)	
		生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週間)		産科医療補償制度に	加入している・加入していない		
			上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 名称・所在地 医療施設の 医師・助産師名					
	市区町村長	本籍			筆頭者名			
母の氏名				出生年月日	令和	年	月 日	
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 名称・所在地 市区町村の 市区町村長名						

添付書類：領収書の写し(産科医療補償制度加入機関の確認)

医療機関等との合意文書の写し(直接支払制度を利用していないことの確認)

(令4.6)