

# 健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金請求書

次ページの注意事項をよく読んでください

被保険者が記入するところ	被保険者の記号番号	記号 000 番号 0000	被保険者の(請求者)氏名と印	健保 太郎 <span style="float: right;">(健保)</span>		昭和・平 年 4月 1日生	
	被保険者の現住所	〒000-0000 県 市 町1-1		電話番号 000(000)0000			
	被扶養者が出産したための請求であるときは、その方の	氏名	健保 愛子		生年月日	昭和・平 年 5月 1日	
	出産した年月日	平成 年 月 日	生産児数	1人	死産児数	0人	死産のときはその旨
	出生児の氏名	健保 一郎		被保険者との続柄	長男		
	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない		出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由			

**必ず記入してください。**  
**【同意欄】1・2のいずれかを記入してください。**  
 ①. 私は、この申請に係る健保組合からの問い合わせ・支給決定の通知を事業所の健保担当者を通じて行うことに同意します。  
 被保険者(請求者)氏名 健保 太郎 (健保)  
 2. 同意されない方は下記に平日(9時~17時)に連絡の取れる電話番号を記入してください。  
 ・ 本人(勤務先/携帯/自宅) \_\_\_\_\_  
 ・ 家族(氏名 \_\_\_\_\_)(携帯/自宅) \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

資格喪失後・扶養認定後6ヶ月以内の出産である場合	当組合の被保険者資格喪失後、家族の被扶養者となった場合、その被保険者証の	保険者名	記号・番号
	他の保険者の被保険者資格喪失後に当組合の被扶養者となった場合は、その当時の	健康保険組合 社会保険事務所 共済組合	

**他の保険者との重複給付調整のため、記号番号・氏名・出産育児一時金請求について照会させていただきます。**

医師・助産師が証明するところ	出産した年月日	平成 年 月 日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠カ月週)
	出生児の数	単胎・多胎( 児 )		備考
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日			
	医療施設の名称・所在地			
	医師・助産師名 _____ 電話 ( 局 ) 番 _____			
	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。 平成 年 月 日				
区市町村長名 _____ 電話 ( 局 ) 番 _____				

振込先を記入下さい。(フリガナは必ず記入してください)

銀行・信金 農協・信組	普通・当座 貯蓄・その他	0 0 0 0 0 0 0
支店	フリガナ	ケンポ タロウ
	口座名義	健保 太郎

振込先の金融機関・支店名・口座番号に誤りがないか再度確認してください。

私の受ける金額の受領方を下記の者に委任します。		受付日付印
被保険者氏名	健保 太郎	(健保)
住所	県 市 町 1	
受任者氏名		(印)

記入上の注意

- 1 . 標題の「被保険者」と「家族」は、該当する文字をマルで囲んでください。
- 2 . **《同意欄》は必ず記入してください。事業所担当者へ委任しない方は『2』に電話番号（平日9時～17時の間に連絡が取れる番号）を記載してください。**
- 3 . 請求が当組合の資格喪失後6ヶ月以内の出産である場合は、現在加入している被保険者証の保険者名及び記号番号を記入してください。（被保険者証の写を添付でも可）
- 4 . 請求が当組合へ扶養認定後6ヶ月以内の出産である場合は、当組合に加入される前の被保険者証の保険者名及び記号番号を記入してください。（被保険者証の写を添付でも可）
- 5 . 医師・助産師又は区市町村長が証明するところは、どちらか一方で証明を受けてください。
- 6 . 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を記入した翻訳文を添付してください。
- 7 . 給付金の受領を他人に委任する場合は、受取代理人の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。
- 8 . 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入してください。
- 9 . 振込先金融機関は間違いのないように正確に記入してください。支店名・口座番号等に間違いがありますと、あらたに振込手数料（組合負担）がかかります。
- 10 . この請求書の記入方法についての不明な点は、組合（業務課 03 - 3642 - 8436）へお問い合わせ下さい。