

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

⑥添付書類・・・直接支払制度を利用しない旨がわかる書類および産科医療補償制度について確認できる

| | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|----------|-----------|--------------------------|--------|---------------|----------|---------------------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ①被保険者証の記号・番 | | ②生年月日 | | | | 取得年月日 S・H・R | | 家族の認定年月日 | |
| | | | 昭和 平成 | | | | 喪失年月日 H・R | | S・H・R | |
| | ③被保険者(請求者)の氏名 | | フリガナ | | | | 事業所の名称 | | | |
| | ④被保険者(請求者)の住所 | | フリガナ | | | | ☎ () | | | |
| | ⑤家族が分べんしたための請求であるときは、その方の | | 氏名 | | | | ⑥生年月日 | | 年 月 日生 | |
| | ⑦ 分べんした年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| | ⑧分べんした病院・産院の | | 名称 | | | | 所在地 | | | |
| | ⑨ 出生児の氏名 <small>※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は⑨⑩⑪⑫記載不要</small> | | フリガナ | | | | ⑩ 被保険者と出生児の続柄 | | 例)「長男」あるいは「長女」などと記入 | |
| | ⑪出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか | | ある・ない | | ⑫出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由 | | | | | |
| | ⑬被保険者の資格喪失後6カ月以内の分べんの場合 | | 現在加入の | | 健康保険組合名 | | 健康保険組合 | | 0:国民健康保険 | |
| | | | | 保険証の記号・番号 | | 記号 | | 番号 | | |
| | | | | 被保険者氏名 | | | | | | |
| | | | | 電話番号 | | () | | | | |
| ⑭被扶養者の認定日後6カ月以内の分べんの場合 | | 以前加入の | | 健康保険組合名 | | 健康保険組合 | | 0:国民健康保険 | | |
| | | | | 保険証の記号・番号 | | 記号 | | 番号 | | |
| | | | | 電話番号 | | () | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|--|---------|--|-----------|--|-------------|--|-------|--|-----------|--|
| 医 師 ・ 助 産 婦 又 は 区 市 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ | 分べんした年月日 | | 年 月 日 | | 生産または死産の別 | | 生産・死産(月 週) | | 出生児の数 | | 単胎・多胎(児) | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | | | | | | | | |
| | | | 所在地 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| | | | 医療施設の名称 | | | | | | | | | |
| | | | 医師・助産婦名 | | | | | | | | | |
| | 本籍 | | | | | | 筆頭者氏名 | | | | | |
| | 出生届出日 | | 年 月 日 | | 出生児氏名 | | 出生年月日 | | 年 月 日 | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | | | | | | | | |
| | | | 区市町村長名 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|------|-------|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|
| 受 領 代 理 人 欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | | | | | | | | | | | |
| | | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 被保険者(請求者)住所 | | 氏名 | | | | | | | | | |
| 代理人氏名 | | フリガナ | | | | 委任者と代理人の関係 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------|--|-------|--|----------------|--|--------|--|-------|--|-------|--|
| 支 払 金 融 機 関 欄 | 銀行コード | | 支店コード | | 銀行・農協 信金・信組 | | 本店 出張所 | | 1: 普通 | | 2: 当座 | |
| | | | | | | | 支店 | | | | | |
| | 口座番号 | | | | 口座名義人 | | フリガナ | | | | | |

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

年 月 日提出
.....
交付年月日

| |
|--|
| |
|--|