健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 差額・付加金 請求書

◎添付書類・・・出産日、直接支払制度および産科医療補償制度について確認できる「領収書」または「出産費用明細書」の写しを添付して下さい。

取得年月日	S・H・R . .	家族の認定年月日
喪失年月日	H・R . .	S・H・R . .

被保険者が記入するところ

①被保険者証の記号・番号	100 710	②生年月日	昭和 54年02月27日
③被保険者(請求者)の氏名	フリガナ フクシマ ハジメ 福 島 一	事業所の名称	(株) ○ ○ 製 菓
④被保険者(請求者)の住所	〒120－0012 フリガナ アダチク マルマル 足立区○○3－3－9	☎	03 (3856) 2331
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 福 島 愛	⑥生年月日	平成 3年11月 1日生
⑦ 分べんした年月日	令和 2年 5月15日		
⑧分べんした病院・産院の	名称 足立産婦人科医院	所在地	足立区○○3－5－7
⑨ 出生児の氏名 ※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は⑨⑩⑪⑫記載不要	フリガナ フクシマ ヒフミ 福 島 一二三	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 長男
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	
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 保険証の記号・番号 記号 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 389 番号 7114 電話番号 045 (875) 3679	

洋菓子健康保険組合の被保険者であった方が資格を喪失した日から6カ月以内に出産したときで、「被保険者出産育児一時金」を請求する場合に記入。

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。

令和 3年 5月 21日

被保険者(請求者)
〒120－0012
住所 足立区○○3－3－9
氏名 福 島 一

家族が洋菓子健康保険組合の被扶養者に認定された日から6カ月以内に出産したときで、「家族出産育児一時金」を請求する場合に記入。

代理人氏名	フリガナ ミヤギ ミチフミ 宮 城 路 史	委任者と代理人の関係	健保給付口座代理人

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 支店 1: 普通 2: 当座

口座番号

保険給付金は、原則として事業所(会社)経由でのお支払いをお願いしておりますので、「受領代理人欄」への記入をお願いしております。受領代理人については、事業所から当健康保険組合へ届け出てありますので、事業所で記入していただいてください。ただし、事情により、ご自分の銀行口座に振り込んで欲しいという方、あるいは退職後に請求される方は「支払金融機関欄」に記入してください。また、退職後などのケースで、代わりに家族の銀行口座に振り込んで欲しいという方の場合は、「受領代理人欄」と「支払金融機関欄」の両方とも記入が必要になります。

受付年月日

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)