

# 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

⑤ 添付書類・領収書・または「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」の写しを添付して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号・番号		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⑩⑪⑫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									
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		( )			

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			
被保険者住所 (請求者) 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 支店 2: 当座
	口座番号	フリガナ		
	口座名義人			

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  
受付年月日