

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

①添付書類「または」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・番号		②生年月日		取得年月日 S・H		家族の認定年月日	
	1000 710		昭和 54年 02月 27日 平成		S・H		S・H	
	③被保険者(請求者)の氏名・印		フリガナ フクシマ ハジメ 福島 一 (福島) 印		事業所の名称 (株) ○ ○ 製 菓			
	④被保険者(請求者)の住所		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 昭和 56年 11月 1日生			
	⑦分べんした年月日		平成 18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		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 番号 0:国民健康保険 保険証の記号・番号 記号 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 番号 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				

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		平成 18年 5月 15日		⑮生産または死産の別		生産・死産 (カ月 週) 出生児の数		
	上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 18年 5月 20日		⑯		単胎(児)		
	医療施設の名称		足立区○○3-5-7 足立産婦人科医院		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。				
	医師・助産婦名		安藤 麻理 (安藤) 印		03 (3877) 2051				
	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	
区市町村長		上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 年 月 日		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。			
区市町村長名									

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。				平成 18年 5月 21日			
	被保険者(請求者)住所		足立区○○3-3-9		フリガナ		ミヤギ ミチフミ	
	氏名 福島 一 (福島) 印		代理人氏名 宮城 路史 (宮城) 印		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		本店 出張所 1: 普通			
	口座番号				支店 2: 当座			

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・押印していただいでください。

なお、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。

被保険者のマイナンバー(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)