

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・・・領収書・・・出産日、直接支払制度および産科医療補償制度に下さい。確認

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	
			1 昭和 . . . 年 . . . 月 . . . 日			喪失年月日 H S・H	
			2 平成				
	③被保険者(請求者)の氏名・印		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 昭和 平成 年 月 日生	
	⑦ 分べんした年月日		平成 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		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。		
	平成 年 月 日		
	〒 -		
支 払 金 融 機 関 欄	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
銀行コード		支店コード	本店 出張所 1: 普通
		銀行・農協 信金・信組	支店 2: 当座
口座番号		フリガナ	
		口座名義人	

平成 年 月 日提出
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)

--