

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」または「出産日、直接支払制度および産科医療補償制度に付いて確認」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 家族の認定年月日	
			1 昭和 年 月 日				喪失年月日 H S・H	
	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			
	住所		〒 -	
支 払 金 融 機 関 欄	被保険者(請求者)の氏名		☎	
	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)

--