健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書

適正な給付決定処理を行うために個人情報を利用させていただきます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号	フリガナ 被保険者 (請求者) の氏名	ケンボ シンイチ 健保 真一	生年月日 昭和 (平成) 年 月 日
	被保険者 (請求者) の住所	郵便番号	351 - 0004	電話	090 (0000) 0000
		フリガナ	サイタマケン アサカシ ネギシ		
	埼玉県朝霞市根岸 - -				
	事業所の名称	リカー株式会社			
	被扶養者が 出産した ときはその 者の氏名・ 生年月日	フリガナ	ケンボ ナツコ	生年月日	生年月日
		氏名	健保 奈津子		昭和 (平成) 年 月 日
	出産した 年月日	令和 年 月 日	生産児数 1 人	死産児数 人	死産のとき (妊娠経過期間) か月 週
	出産した 医療機関等	名称	産婦人科医院	所在地	埼玉県朝霞市根岸台 - -
	他の健康保険 などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康保険 などに加入していた(いる)場合			別紙「健康保険等加入状況の申告」を記入し添付してください。

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 か月 週)
	出生児数	生産・死産(妊娠 か月 週)		備考
	上記のとおり相違ないことを証明する			
	令和 年 月 日	医療機関の 〒 351-0005 所在地 埼玉県朝霞市根岸台 - - 名称 産婦人科医院 医師・助産師名 仲村 健保 TEL 048 (0000) 0000		

振 込 先 指 定 口 座	金融機関 コード	金融機関名	銀行	店番	店名	支店
	預金種別	(普通) 当座		フリガナ	ケンボ シンイチ	
	口座番号	口座名義		健保 真一		

被保険者の口座情報を記入してください。 令和 年 月 日 提出

(添付書類)

受付日付印

医療機関等から交付された合意文書の写し

この文書には「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結しない旨」が記載されています。

出産費用の領収・明細書の写し

産科医療補償制度対象分娩の場合は、産科医療補償に加入していることを証明するスタンプ又は同様の印字がされたものとなります。

当組合の資格喪失後及び扶養認定から6か月以内に出産された方は
別紙「健康保険等加入状況の申告」を記入し添付してください

健康保険等加入状況の申告

次の 又は に該当する場合は、現在加入している又は以前加入していた健康保険（保険者）についてアからウの該当する項目にご記入ください。

当組合の被保険者であった方が、退職後（資格喪失後）6か月以内に出産し、被保険者 出産育児一時金を申請する場合

資格喪失後の付加金は支給されません。

当組合の被扶養者として加入後6か月以内に出産し、家族 出産育児一時金を申請する場合

ア. 国民健康保険に加入（ の方は「現在」、 の方は「以前」）

市区町村名	都・道・府・県	市・区・町・村	国民健康保険
被保険者氏名	世帯主の氏名をご記入ください。		
被保険者等 記号・番号	記号：	番号：	すでに保険証等を市区町村に返却しており、 記号・番号が不明の場合は空白にし、加入 期間のみご記入ください。
資格取得年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
資格喪失年月日	令和	年 月 日	

イ. 健康保険の「被扶養者」として加入（ の方は「現在」、 の方は「以前」）

保険者名称	健康保険組合	協会けんぽや健保組合名をご記入ください。	
被保険者氏名	健保 真一	配偶者(夫)などの氏名をご記入ください。	
被保険者等 記号・番号	記号： x x x x	番号： x x x	すでに保険証等を健保組合等に返却しており、 記号・番号が不明の場合は空白にし、加入期 間のみご記入ください。
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
資格喪失年月日	令和	年 月 日	

ウ. 健康保険の「被保険者」として加入（ の方は「現在」、 の方は「以前」）

保険者名称		協会けんぽや健保組合名をご記入ください。	
被保険者等 記号・番号	記号：	番号：	すでに保険証等を健保組合等に返却しており、 記号・番号が不明の場合は空白にし、加入期 間のみご記入ください。
資格取得年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
資格喪失年月日	令和	年 月 日	

申告書

上記における他の保険者に出産育児一時金を申請していないこと。また、今後も申請しないことを申告いたします。

令和 年 月 日

当組合の記号・番号： x x x x ・ x x x

被保険者氏名： 健保 真一