

健康保険被保険者家族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所	・コーセーG ・アルビオン ・その他 ()		
	被保険者 (請求者)の氏名	(フリガナ)			所属	部・課 支店	
					昭和 平成	生年月日	社員番号
	被保険者 (請求者) の住所	〒 - TEL ()					
	分べんした年月日	令和 年 月 日	死産のときは、その旨	妊 娠 経 過 期 間		ヶ月 週	
	入院して分べんしたときは、その病産院の	名 称				自費で入院しましたか、健康保険で入院しましたか	自費 健保 その他
		所在地					
	資格喪失後、6ヶ月以内の申請ですか	はい・いいえ → 「はい」の場合、現在加入している健保の「不支給証明書」を添付してください					
	被扶養者が分べんしたための請求であるときはその者の	氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日
	出生児の氏名			被保険者と出生児の続柄	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある ・ ない
出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由							
委 任 状 令和 年 月 日 給付金の受領を事業主に委任します 被保険者氏名(自署)							
退職者・任意継続被保険者の方は記入不要							

が 医 証 明 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長	分べんした年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月 週)		
	分べんに関し健康保険で入院の有無	有 ・ 無	健康保険で給付される入院の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	出生児の数	単児 ・ 多児 (児)		備考		
	上記の通り相違ないことを証明する			令和 年 月 日		
	医療施設の名称・所在地					
医師・助産師名						
市区町村長名						

退職者・任意継続被保険者の方は振込先を下記にご記入ください



~~~~~  
受 付 印

|                 |      |       |    |
|-----------------|------|-------|----|
| 銀行コード           |      | 支店コード |    |
| 銀行名             | 銀行   |       | 支店 |
| 普通預金口座番号        |      |       |    |
| 口座名義<br>(請求者同一) | フリガナ |       |    |
|                 | 氏名   |       |    |

※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。(修正テープ、修正液使用不可)