

<記入例> 家族が出産

支給決定及 支払伺	保険給付費	法定給付費	出産育児一時金		出産育児一時金	円
	理事長	常務理事	事務長	担当者	出産費用	円
					差額支給額	円
					支払年月日	
				令和	年	月 日

健康保険被保険者家族 出産育児一時金（差額）請求書

健康保険証の名前の上に記載されている記号・番号をご記入ください

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所	イセ-G	アヒオ	その他（ ）
		1 0	1 1 1 1 1	所属	○ ○ ○	部	課 支店
保 険 者	被保険者 (請求者)の氏名	(フリガナ) ケンボタロウ		生年月日	社員番号		
		健保太郎		昭和 平成	5年12月1日	98A98	
記 入 欄	被保険者 (請求者) の住所	〒 103 - 0027		TEL	XXX (XXXX)	XXXX	
		東京都中央区日本橋〇-〇-〇					
者	分べんした年月日	令和 3年 5月 14日	死産のときは、その旨		妊 娠	ヶ月	
					経過期間	週	
入 欄	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 必要に応じ、当健保から現在加入健保様へ確認の連絡をさせていただきます					
	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	健保花子		生年月日	昭和 平成	5年 8月 21日
欄	出生時児の 氏名	健保麻衣		被保険者と出生児 の続柄	長女		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 3年 6月 2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)		健保太郎				

退職者・任意継続被保険者の方は記入不要

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 (請求者と同一)	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)

- <必要添付書類>
- ①医療機関等から交付される直接払いに係る「代理契約」に関する文書の写し
  - ②退院時に精算した出産費用の「領収書・明細書」の写し
  - ③被扶養者が前職での被保険者期間が1年以上あり、資格喪失後6ヶ月以内の出産である場合は、以前加入されていた健保の「出産育児一時金不支給証明書」