

該当する方を
かこむ

健康保険

被保険者
家 族

出産育児一時金・付加金 請求書

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号	2022	番号	11	被保険者 (請求者) の氏名と印	紙 商 一 郎	紙商
	事業所の名称	浜町商事 株式会社			事業所の所在地	中央区日本橋浜町 × × - × ×	
の 記 入 す る と こ ろ	被保険者 (請求者) の住所	〒 135 - × × × × 江東区住吉 × - × - ×			Tel 03 (× × × ×) × × × ×		
	出産した 年月日	平・令	× × 年 × × 月 × × 日	出生児の 氏名	フリガナ 紙 商 太 郎	死産の ときは	妊娠経過期間 カ月 週
の 記 入 す る と こ ろ	被扶養者が 出産したため の請求である ときは、その者の 氏名	紙商 健子		続柄	妻	入院して出産 をしたときは その病産院の 名称	健康産婦人科医院
	生年月日	昭・平	年 月 日	被保険者との続柄		長男	
の 記 入 す る と こ ろ	出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	ある ・ ない		直接支払制度を利用したかどうか	利用した ・ 利用しない		
	家族の請求で扶養認定後6ヶ月以内の出産の場合は、 退職当時加入の保険者名及び記号番号	保 険 者 名		Tel ()			
		記 号		番 号			

※ 医 師 ・ 助 産 婦 の 証 明 す る と こ ろ	出産をした年月日	平・令	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (月 ・ 週)			
	出生児の数	単胎・多胎 (児)		備考				
	上記のとおり相違ないことを証明する。				令和 年 月 日			
	医療施設の名称・所在地							
	医師又は助産婦の氏名				医師・助産婦または市区町村長 印 Tel ()			
	本籍				市区町村長 印 Tel ()			
の 記 入 す る と こ ろ	出生届日	平・令	年 月 日	出生児氏名	出生年月日	平・令	年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。				令和 年 月 日			
市区町村長の 氏名				印 Tel ()				

※の部分は被保険者(請求者)の方は記入しないで下さい。

受付日付印

【当請求書に添付する書類】

- 出産した医療機関等の領収書の写し。
- 医療機関等から交付される合意文書の写し。
- 請求者本人が会社を退職して6ヶ月以内に出産した場合は、現在加入している保険者または当組合どちらかへ請求できます。当組合に請求の場合は、現在加入している保険者へは請求しない旨の書面と現在の保険証の写しを必ず添付してください。

(記入上の注意)

- ◎ 資格喪失後の請求の場合には、裏面にある振込先金融機関の口座を記入して下さい。
- ◎ 医師、助産婦又は市区町村長の証明するところは、いずれか(上段あるいは下段)の一方の証明で構いません。