

# 健康保険 被保険者 出産育児一時金・付加金 請求書

|                                 |   |                      |     |   |    |                  |                        |      |            |                   |
|---------------------------------|---|----------------------|-----|---|----|------------------|------------------------|------|------------|-------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者                | 受領委任 <input type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主経由で受領します。※必ずチェックを入れてください |                      |     |   |    |                  |                        |      |            |                   |
|                                 | 保<br>険<br>者   | 被保険者等                | 記号  |   | 番号 |                  | 被保険者<br>(請求者)<br>の氏名と印 |      |            |                   |
| 請<br>求<br>者                     | 事業所の名称  |                      |     |   |    | 事業所の所在地          |                        |      |            |                   |
|                                 | 記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ                                   | 被保険者<br>(請求者)<br>の住所 | 〒 - |   |    |                  |                        |      |            |                   |
| 入<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 出産した<br>年月日   | 平・令                  | 年   | 月 | 日  | 出生児の             | 氏名                     | フリガナ | 死産の<br>ときは | 妊娠経過期間<br>カ月<br>週 |
|                                 | 被扶養者が<br>出産したため<br>の請求である<br>ときは、その者の                             | 氏名                   | 続柄  |   |    | 入院して出産<br>をしたときは | 名称                     |      |            |                   |
|                                 | 出生児が被保険者の<br>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、<br>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                     |      |            |                   |

|  |                             |             |   |   |   |         |               |     |   |   |   |
|--|-----------------------------|-------------|---|---|---|---------|---------------|-----|---|---|---|
| 証<br>明<br>す<br>る<br>又<br>は<br>市<br>区<br>町<br>村<br>長<br>の | 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 印 Tel ( )        |             |   |   |   |         |               |     |   |   |   |
|  | 本籍                          |             |   |   |   | 筆頭者氏名   |               |     |   |   |   |
|  | 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。
- ◎ 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生児の氏名の記入は不要です。

東京紙商健康保険組合 [〒103-0007 東京都中央区日本橋浜町2-42-10 電話03(3666)2522]

◎振込先の金融機関の口座(資格喪失後に請求する方のみ、記入して下さい。)

| 金 融 機 関 名                                   | 店 名   | 口 座 種 別 | 1. 普通  | 2. 当座 |
|---|-------|---------|--------|-------|
| 銀 行<br>信 託 銀 行<br>信 用 金 庫<br>信 用 組 合<br>農 協 | 本 店   | 口 座 番 号 |        |       |
|   | 支 店   | 口 座 名 義 | (フリガナ) |       |
|   | 出 張 所 |         |        |       |
|   |       |         |        |       |

(郵便局の取扱いはできません。)

◎委任欄(被保険者又は請求者以外の名義の口座に振込みを希望される場合に、記入してください。)

|   |
|---|
| 本請求にかかる給付金の受領を 代理人 印 に委任します。<br><br>令和 年 月 日<br><br>被 保 険 者 ( 請 求 者 ) 印 |
|---|