

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金
出産育児付加金

請求書

1児につき1枚提出してください

保険証から転記してください

退職者が申請するとき、退職日を記入してください

市区町村発行の「受理証明書」(原本)を添付する場合、この欄は証明不要です

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	<input type="radio"/> 被保険者証の 記号と番号	記号 1 2 3 第 4 5 6 7 8 号	被保険者の 氏名と印	新宿 一郎	
	被保険者 の現住所	〒 県 市 × × 5 - 6 - 7 方			
	<input type="radio"/> 被保険者の 勤務する 事業所	名称 × × × × 株式会社 所在地 東京都新宿区西新宿 2 - 3 - 2			
分 べ ん し た 年 月 日	平成 14 年 5 月 1 日	死産のとき は、その旨		<input type="radio"/> 分べんした当時 の被保険者の 標準報酬月額	千円
	入院して 分べんし たときは	(イ)産院又は 病院の名称 産婦人科 (ロ)うえの 所在地 県 市 1 - 2 - 3	<input type="radio"/> 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	
家族が分べん したときは その者の氏名	新宿 花子		家 族 の 生 年 月 日	明治 大正 43 年 2 月 1 日生 昭和	
<input type="radio"/> 備 考			出 生 育 児 名	新宿 さくら	続 柄 長女

記入不要

以下の条件にあてはまる方は、下欄にご記入下さい

KDDI健保の被保険者であった者が分娩したとき			
夫の氏名	加入健保・共済名(国保は市区町村名)	電話番号	被扶養者になった日 平成 年 月 日
家族があなたの被扶養者になって6ヶ月以内に分娩したとき			
家族の加入していた健保・共済名 (国保は市区町村名)	電話番号	脱退日	記号・番号
ABC健康保険組合	(03)3987 -6543	平成14年 1 月 1 日	98-7654

助産婦 ・医師 又は市 区町村 長の証 明する ところ	分べんした 年 月 日	平成 14 年 5 月 1 日分べん	備 考
	生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)	
うえのとおり相違ないことを証明する。 産婦人科 平成 14 年 5 月 10 日 職名(医師) 氏名 山田 和子 住所 県 市 1 - 2 - 3 電話 0123局(45)6789 番			

(健則第61条・第63条の15)

うえの金額の受領方を下記の者に委任します。

被 保 険 者 氏 名	印
受 任 者 住 所	
受 任 者 氏 名	印

受 付 日 付 印
被保険者以外の方の口座へ振り込む場合は必ずこの欄に記入・捺印してください

銀行送金をご希望の方は下欄にご記入下さい 旧姓名義口座不可

銀行	普通・当座	番号
支店	口座名義	フリガナ

任意継続被保険者・退職者のみ記入してください(在職中の方は給与と一緒に支給しますので、記入不要です)