

# 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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 昭和 43 年 2 月 1 日生	
<input type="checkbox"/> 備考			出生育児名	続柄	
			新宿 さくら	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
A B C 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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)