

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 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	被保険者の 氏名及び印	健保 太郎	健保		
	被保険者の 住所・TEL	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)		TEL	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
	事業所 の名称	〇〇〇〇株式会社		所属部課名	〇〇部〇〇課			
	分娩の年月日	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		死産のとき はその旨				
	分娩した 医療機関等	名称	〇〇〇〇病院					
		住所	〇〇県〇〇市〇〇町2-2-2					
	分娩者の 生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		被扶養者が 分娩したとき は、その氏名	健保 良子			
備考								

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	分娩の年月日	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	備考	
	生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月)		
	正常分娩又は 異常分娩の別	正常・異常		
	上のおり相違ないことを証明する 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 住所 〇〇県〇〇市〇〇町2-2-2 職名 医師 氏名 〇〇〇〇病院 〇〇 〇〇 〇〇〇〇 病院の印 印 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			

振 込 先	フリガナ (〇〇〇〇)			
	〇〇〇〇〇〇		銀行	〇〇〇〇 支店
口座 番号	普通	〇〇〇〇〇〇〇〇	口座 名義	フリガナ (ケンボ タロウ) 健保 太郎

昭和シェル健康保険組合

令和 年 月 日提出

受付日付印

- ◎ 申請の際には、分娩機関との直接支払制度合意文書の原本、領収明細書の写しを添付ください
 「医師・助産師が証明するところ」の欄に証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類を添付ください
 (住民票、母子手帳などの写し)