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　　番号	被保険者の氏名及び印		印
	被保険者の住所・TEL	（〒　　－　　）　　TEL　　（　　）			
	事業所の名称		所属部課名		
	分娩の年月日	平成・令和 年　月　日	死産のときはその旨		
	分娩した医療機関等	名　称			
		住　所			
	分娩者の生年月日	昭和・平成 年　月　日	被扶養者が分娩したときは、その氏名		
	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 年　月　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		

上のとおり相違ないことを証明する

令和　　年　　月　　日

住　所

職　名

氏　名

印

TEL　　（　　）

振込先	フリガナ（　　） 銀行　　支店			
	口座番号	普通	口座名義	フリガナ（　　）

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）