

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書

(記入上の注意)

◎ ◎ ◎ ◎ 給付金の受領方を他人に委任する場合は、該当の欄に記入押印して提出してください。
 ◎ ◎ ◎ ◎ 欄は、被保険者の資格喪失後の死亡(このときは、その資格喪失年月日を、また、)等を記載してください。
 ◎ ◎ ◎ ◎ 欄は、被保険者の資格喪失後の死亡(このときは、その資格喪失年月日を、また、)等を記載してください。
 ◎ ◎ ◎ ◎ 欄は、被保険者の資格喪失後の死亡(このときは、その資格喪失年月日を、また、)等を記載してください。
 ◎ ◎ ◎ ◎ 欄は、被保険者の資格喪失後の死亡(このときは、その資格喪失年月日を、また、)等を記載してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	記号 番号	② 被保険者の氏名と印	③ 印	
	④ 被保険者の現住所	(〒 - - (TEL - - -))			
	⑤ 事業所の名称				
	⑥ 分娩した年月日	平成 令和 年 月 日	⑦ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 カ月 週)	
	⑧ 入院して分娩したときはその病院・産院の	(ア)名称 (イ)所在地			
	⑨ 家族の分娩であるときはその者の	(ア)氏名	(イ)生年月日	昭・平 年 月 日	
	⑩ 出生児の氏名	⑪ 被保険者と出生児の関係	⑫ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	
	⑬ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由	⑭ 備考			
	⑮ 振込希望銀行口座	(フリガナ) 銀行 支店			
	※ 被保険者名義	種別 1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	店コード	口座 No.	名義人氏名 (フリガナ)

※ 郵便局・農協への振込は行っていません

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	⑬ 分娩年月日	平成 令和 年 月 日	⑮ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 カ月 週)	
	⑮ 出生児の数	単胎・多胎(児)	⑯ 備考		
	⑰ 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・助産師名 ⑱ 印				
	本籍	筆頭者氏名			
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日	
⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 ⑱ 印					

< 備考 >

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記入してください。
 ※マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	令和 年 月 日			
	被保険者	住所 氏名	印	
	代理人	住所 氏名	印	

— 受付日付印 —

(添付書類等について)

- ◎ 合意書(写)・・・医療機関等との合意をかわしたものを。
(直接支払制度を利用しない旨、及び請求先が大塚商会健康保険組合である旨を記載したもの)
- ◎ 産科医療補償制度に加入する分娩機関で出産した場合は、当該スタンプ印の押された領収証のコピー。
- ◎ 上記『医師・助産師又は市区町村長が証明するところ』に証明が得られない場合は、『出生届受理証明書』の原本を添付。(出生届提出先へ申請)
- ◎ 医師または助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。