

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金 請求書

直接支払制度利用あり
▶ 内払金(差額)請求

直接支払制度利用なし
該当するにチェック

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名					
	被保険者の 氏名と印	印			被保険者の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年	月	日	生まれ
	被保険者の 住所・電話				〒	日中連絡が取れる電話番号 TEL ()				

申 請 内 容	出産した者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください		出産から 6か月前 の保険 加入状況	<input type="checkbox"/> A. リクルート健保の被扶養者 <input type="checkbox"/> B. リクルート健保の被保険者(記号:番号) <input type="checkbox"/> C. 他の保険などの被保険者 <input type="checkbox"/> D. 国民健康保険(市区町村名): <input type="checkbox"/> E. その他(
		<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)	<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)								
		被扶養者(家 族)の氏名	1. 昭和 2. 平成			年	月	日			
		被扶養者(家 族)の生年月日	1. 昭和 2. 平成	年	月	日	出生児数	人	死産児数	人	死産の場合妊娠から の週数及び日数 (妊娠 週) 日
	出産した 年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日	出生児数	人	死産児数	人	死産の場合妊娠から の週数及び日数 (妊娠 週) 日	
	出生児 氏名	続柄		備考							

証 明 欄	■ 医師・助産師の証明													
	分べんした 年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日	出生児数	単胎・多胎()	人	生産又は 死産の別	生産・死産 (妊娠 週) 日				
	上記の通り相違ないことを証明いたします。 令和 年 月 日													
	医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 ※所在地・名称はゴム印を使用してください。													
い ず れ か に ご 記 入 く だ さ い	■ 市区町村長の証明													
	本籍								筆頭者 氏名					
	出生届出日	1. 平成 2. 令和	年	月	日	出生児氏名				出生年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日
	上記の通り相違ないことを証明いたします。 令和 年 月 日													
市区町村長名 印														

【口座名義の区分】 被保険者名義 代理人名義(委任状欄をご記入ください。) ※どちらかにをし、指定口座をご記入ください。

振 込 先 指 定 口 座	銀行名		支店名				支店コード		預金種別			
	銀行		支店						1. 普通 2. 当座			
	口座番号		口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(°)は1文字としてご記入ください。)									

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 氏名	印								※住所は「被保険者情報」と同じ	
	代理人 (口座名義人) 氏名	住所 〒							被保険者との関係		
		印									

受付日付

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。