

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金(付加金) 該当する方を○で囲んでください 該当する口に✓してください

直接支払制度利用あり  内払金(差額)請求  付加金請求 直接支払制度利用なし  該当する口に✓する

◎必ず2枚目(裏)

①被保険者証の記号・番号: 10 1234

②被保険者(請求者)の氏名と印: 綾瀬 菜々子 (印: 綾瀬 昭和 平成)

事業所の名称(会社名): (株)リクルート〇〇〇〇 所属部署: 総務人事部 電話: 〇

〒221-0056 神奈川県横浜市神奈川区金港町6-20

日中連絡が取れる電話番号: ××× (××××)××××

⑤被扶養者氏名: 該当せず

⑥生年月日: 昭和 平成 年 月 日

⑦該当箇所に○をしてください。  
 A:リクルート健保の被扶  
 B:リクルート健保の被保  
 C:他の健保等の被保険  
 D:国民健康保険(市区町  
 E:その他( )

⑧分べん日: 平成 29年 3月 3日

⑨出生児数: 1 人

⑩死産児数: 人

⑪死産のときはその旨 (妊娠 〇ヶ月 〇週 〇日)

⑫出生児氏名: 綾瀬 繁人

⑬続柄: 二男

⑭備考:

⑮分べんした年月日: 平成 29年 3月 3日

⑯出生児の数: 単胎・多胎 ( 〇 ) 人

⑰備考:

⑱医療機関の住所・名称: 〒221-0055 神奈川県横浜市神奈川区金港町1-1-1 金港町レディースクリニック (印: 田中)

医師・助産師名: 田中 良子

⑳本籍: 平成 年 月 日

㉑市区町村長名: 平成 年 月 日

㉒市区町村長名: 平成 年 月 日

㉓市区町村長名: 平成 年 月 日

㉔市区町村長名: 平成 年 月 日

㉕市区町村長名: 平成 年 月 日

㉖市区町村長名: 平成 年 月 日

㉗市区町村長名: 平成 年 月 日

㉘市区町村長名: 平成 年 月 日

㉙市区町村長名: 平成 年 月 日

㉚市区町村長名: 平成 年 月 日

㉛市区町村長名: 平成 年 月 日

㉜市区町村長名: 平成 年 月 日

㉝市区町村長名: 平成 年 月 日

㉞市区町村長名: 平成 年 月 日

㉟市区町村長名: 平成 年 月 日

㊱市区町村長名: 平成 年 月 日

㊲市区町村長名: 平成 年 月 日

㊳市区町村長名: 平成 年 月 日

㊴市区町村長名: 平成 年 月 日

㊵市区町村長名: 平成 年 月 日

㊶市区町村長名: 平成 年 月 日

㊷市区町村長名: 平成 年 月 日

㊸市区町村長名: 平成 年 月 日

㊹市区町村長名: 平成 年 月 日

㊺市区町村長名: 平成 年 月 日

㊻市区町村長名: 平成 年 月 日

㊼市区町村長名: 平成 年 月 日

㊽市区町村長名: 平成 年 月 日

㊾市区町村長名: 平成 年 月 日

㊿市区町村長名: 平成 年 月 日

事項をお読みください

医師・助産師が証明するところ

市区町村長が証明するところ

生産であったが間もなく死亡した場合は、「出生児は〇時間生存して死亡」等と記入してください。

方は「不支給証明書」が必要な場合があります。

振込先

銀行名: 三井住友 銀行

支店名: みなと 店

支店コード: 1 1 1

預金種目: 1.普通 2.当座

口座番号: 2 2 2 2 2 2 2

口座名義(カナ): アヤセ ナナコ

※振込先は、ゆうちょ金融機関を指定してください。

カナで記入してください。

事項

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。平成 年 月 日

被保険者の住所 〒 氏名 (印)

代理人の住所 〒 (被保険者と代理人の関係) 氏名 (印)

給付金の受領を委任する場合は、本人・代理人それぞれが記入・捺印してください。

同一筆跡・同一印影

※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。

裏面または2枚目

リクルート健康保険組合 御中

出産育児一時金・家族出産育児一時金 不支給証明書

に対して出産育児一時金・家族出産育児一時金は支給していないこと、また、今後請求があってもこれを証明いたします。

記

【請求者氏名・記号番号】 佐藤 真弓 (記号 2130 番号 5778 )

【分娩者氏名】 佐藤 真弓

【分娩日】 平成 29年 1月 1日

【分娩者資格取得日】 平成 26年 4月 1日

【分娩者資格喪失日】 平成 28年 10月 1日

平成 29年 1月 31日

保険者 所在地 東京都渋谷区恵比寿8-25-1

名称 ABC健康保険組合

TEL 03-4567-8901

「会社」ではなく「保険者」に記入・捺印してもらってください。

(印)

●被保険者証の記号・番号に代えて個人番号を記入する場合の例

個人番号欄は別途設けていませんので、被保険者証の記号・番号欄に個人番号を記入してください。

被保険者  
被扶養者 限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号・番号	123456789012	事業所名称(所属する会社名)
-------------	--------------	----------------

記号・番号欄に12桁の記号番号を記入してください(記号と番号の間の線は無視していただいて結構です)

※被保険者証の記号・番号に代えて個人番号で届け出をする場合、個人番号確認、身元確認の為、別途書類を提出いただく必要があります。必要提出書類の詳細はホームページ備考欄をご覧ください。