

該当する方を○で囲んでください  
 平成29年4月以降の出産：直接支払制度を利用し、出産費が出産育児一時金を上回った場合は内払金（差額）がない為、請求できません。

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  
 直接支払制度利用なし  
 内払金(差額)請求  
 該当する口に✓してください

◎必ず2枚  
 リクルート健康保険組合殿

(1)被保険者証の記号・番号	(2)被保険者(請求者)の氏名と印	Cの場合で一定の条件にあてはまる方は、2枚目または裏面の「不支給証明書」を保険者に作成してもらい、添付してください。	
10 1234	綾瀬 菜々子	※一定の条件は、2枚目または裏面の"9"を参照。	
被保険者本人の請求の場合は、「該当せず」と記入してください。	(株)リクルート〇〇〇〇	所属部署	総務
	〒221-0056 神奈川県横浜市神奈川区金港町6-20	電話	
	日中連絡が取れる電話番号 ××× (××××)××××		
	(5)被扶養者氏名	(7)	該当箇所に○をしてください。
	該当せず	( )A:リクルート健保の被扶養者	生産または早産の場合は「該当せず」と記入してください。
	(6)生年月日	( )B:リクルート健保の被保険者	死産・流産の場合は月数または週数を記入してください。
	昭和 年 月 日	( )C:他の健保等の被保険者	
		( )D:国民健康保険(市区町)	
		( )E:その他( )	
	(8)分べん日	平成 29年 8月 3日	(9)出生児数
			1 人
	(12) 出生児氏名	綾瀬 繁人	(10)死産児数
			人
		(13) 続柄	二男
		(14) 備考	
		(11)死産のときはその旨	(妊娠 月)
			週
			健保等
			生産であったが間もなく死亡した場合は、「出生児は○時間生存して死亡」等と記入してください。

◆医師・助産師が証明するところ  
 上記のとおり相違ないことを証明する。平成 29年 8月 21日

(15)分べんした年月日	平成 29年 8月 3日	(16)生産又は死産の別	生産 死産 (妊娠 月) 週
(17)出生児の数	単胎・多胎 ( 人)	(18)備考	
(19) 医療機関の住所・名称	〒140-0000 東京都品川区△△ 1-1 品川〇〇レディースクリニック		
医師・助産師名	健保 花子		
(20)本籍	医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。		
(22)出生	平成 年 月 日		
(25) 市区町村長名	上記のとおり相違ない		
	ただし、死産、流産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。		

市区町村長が証明するところ  
 (21)筆頭者氏名  
 (23)出生児氏名  
 (24)出生年月日  
 平成 年 月 日

振込先  
 銀行名 支店名 支店コード  
 三井住友 銀行 みなと 店 1 1 1  
 ※振込先は、ゆうちょ銀行以外の金融機関を  
 カナで記入してください

受取人  
 預金種目 口座番号 口座名義(カナ)  
 1.普通 2.当座 2 2 2 2 2 2 2 アヤセ ナナコ

◎同一筆跡・同一印影不可  
 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・同一印影は不可といたします。

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

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 4月 3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 12月 1日

平成 29年 4月 28日

「会社」ではなく「保険者」に記入・捺印してもらってください。

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  
 健保A 健保B 健保C  
 (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。