

該当する口に✓して
ください

健康保険 <sup>被保険者
被扶養者</sup> 出産育児一時金(付加金)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 付加金請求 該当する口に✓する

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。
※一定の条件は、2枚目ま
たは裏面の”9”を参照。

①必ず2枚目(裏面)の注意事項をお読みください

リクルート健康保険組合

| | | |
|---|---|---|
| (1)被保険者証の記号・番号 | (2)被保険者(請求者)の氏名と印 | (3)生年月日 |
| 10 1234 | 綾瀬 菜々子 印 | 昭和 59年 5月 30日 |
| 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 03(1111)2222 |
| (4)被保険者(請求者)の住所 | 〒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 XXX (XXXX)XXXX | |
| 被扶養者である家 族が分べんした ための請求である ときは、その者の | (5)被扶養者氏名 | (7) 該当箇所に○をしてください。 ()A:リクルート健保の被扶養者 ()B:リクルート健保の被保険者(記号・番号) ()C:他の健保等の被保険者 ()D:国民健康保険(市区町村名: ()E:その他() |
| | (6)生年月日 | 分べん日から 6ヶ月前の 保険加入状況 |
| (8)分べん日 | 昭和 平成 年 月 日 | (9)出生児数 (10)死産児数 (11)死産のときはその旨 (妊娠 ヶ月 週) |
| (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)生産又は 死産の別 (生産 死産(妊娠 ヶ月) 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 | 〒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 田中 | |
| 医師・助産師名 | 田中 良子 田中 | |
| (20)本籍 | (21)筆頭者氏名 | |
| (22)出生届出日 | (23)出生児氏名 | (24)出生年月日 |
| 平成 年 月 日 | | 平成 年 月 日 |
| (25) 市区町村長名 | 印 | |

②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 3月 20日

③市区町村長が証明するところ
上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日

医師・助産師または市
区町村長いずれかの
証明が必要です。
(直接支払制度利用
で生産の場合は不要
です。)

生産または早産の場合は「該
当せず」と記入してくださ
い。死産・流産の場合は月数
または週数を記入してくだ
さい。

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。

が必要な場合がありま

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

カナで記入してください

④同一筆跡・同一印影不可

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 〒 | 氏名 印 |

(被保険者と代理人の関係)

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

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
ことを証明いたします。

記

【氏名・記号番号】 佐藤 真弓 (記号 2130 番号)
 【音 氏 名】 佐藤 真弓
 【誕 日】 平成 29年 1月 1日
 【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 健 健 A
組 康 B
合 保 C 印
 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。

●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。