

該当する方を○で囲んでください

該当する□に✓してください

健康保険 被保険者 被扶養者 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

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(被扶養者)

|                                 |   |               |
|---------------------------------|---|---------------|
| (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  | 昭和 59年 5月 30日 |
| 事業所の名称(会社名)                     | 所属部署  | 電話            |
| (株)リクルート〇〇〇〇                    | 総務人事部   | 03 (1111)2222 |
| 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                    | ××× (××××)××××  |               |
| (5)被扶養者氏名                       | (7)該当箇所を○でしてください。   | (8)分べん日       |
| 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 | ( )A:リクルート健保の被扶養者<br>( )B:リクルート健保の被保険者(記号・番号)<br>( )C:他の健保等の被保険者<br>( )D:国民健康保険(市区町村名:<br>( )E:その他( | 平成 29年 3月 3日  |
| (6)生年月日                         | (9)出生児数   | (10)死産児数      |
| 昭和 平成 年 月 日                     | 1 人   | 人             |
| (12)出生児氏名                       | (13)続柄  | (14)備考        |
| 綾瀬 繁人                           | 二男  | 備考            |

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

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。

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。

|                            |           |              |              |
|----------------------------|-----------|--------------|--------------|
| (15)分べんした年月日               | 平成 年 月 日  | (16)生産又は死産の別 | 生産・死産(妊娠 ヶ月) |
| (17)出生児の数                  | 単胎・多胎( 人) | (18)備考       |              |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日 |           |              |              |
| (19)医療機関の住所名称              | 医師・助産師名   |              |              |
| (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     |              |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日 |           |              |              |
| (25)市区町村長名                 |           |              |              |

「不支給証明書」が必要な場合がある

|                                     |               |          |
|-------------------------------------|---------------|----------|
| 銀行名                                 | 支店名           | 支店コード    |
| 三井住友 銀行                             | みなと 店         | 111      |
| 預金種目                                | 口座番号          | 口座名義(カナ) |
| ①普通<br>2.当座                         | 2 2 2 2 2 2 2 | アヤセ ナナコ  |
| 本請求に基づき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            |          |
| 代理人の住所 〒                            | 氏名            |          |

カナで記入してください

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。

※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

下記の者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支給しないことを証明いたします。

【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 東京都渋谷区東比奈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。

●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。