

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 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

①必ず2枚
 ②必ず2枚
 ③必ず2枚
 ④必ず2枚

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)

③ 被保険者本人の請求の場合、「該当せず」と記入してください。
 ④ 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、その者の氏名を記入してください。

⑤ 被扶養者氏名: 該当せず
 ⑥ 生年月日: 昭和 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養者
 B: リクルート健保の被保険者
 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 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 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 年 月 日
 ⑯ 出生児の数: 単胎・多胎 (人)
 ⑰ 備考

⑱ 医療機関の住所・名称: 平成 年 月 日
 ⑲ 医師・助産師名: (印)
 ⑳ 本籍: 平成 年 月 日
 ㉑ 出生届出日: 平成 年 月 日
 ㉒ 出生児氏名: 平成 年 月 日
 ㉓ 出生年月日: 平成 年 月 日
 ㉔ 市区町村長名: 平成 年 月 日 (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」を被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。

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。

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
 受取人: 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 (カナで記入してください)

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。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)

裏面または2枚目
 出産育児一時金・家族出産育児一時金 不支給証明書
 付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 東京都渋谷区恵比寿8-25-1
 名称 ABC健康保険組合
 TEL 03-4567-8901 (印)

「会社」ではなく「保険者」に記入・捺印してもらってください。

※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。

●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。