

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✓する

①必ず2枚

②(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 昭和 平成

③(株)リクルート〇〇〇〇 所属部署 総務 電話

〒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 ××× (××××)××××

④(5)被扶養者氏名 (7) 該当箇所○をしてください。
 該当せず ()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(市区町村) ()E:その他

⑤(6)生年月日 昭和 平成 年 月 日

⑥(8)分べん日 平成 29年 4月 3日

⑦(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 月) 週

⑧(12)出生児氏名 綾瀬 繁人 (13)続柄 二男 (14)備考

⑨(16)生産又は死産の別 生産・死産(妊娠 月) 週

⑩(18)備考

⑪(20)本籍 平成 年 月 日 (21)筆頭者氏名 平成 年 月 日

⑫(22)出生届出日 平成 年 月 日 (23)出生児氏名 平成 年 月 日 (24)出生年月日 平成 年 月 日

⑬(25)市区町村長名 上記のとおり相違ないことを証明する。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

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

※振込先は、ゆうちょ金融機関を

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)

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。

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。

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

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

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。

●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。