

該当する□に✓  
してください

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  
 内払金(差額)請求

直接支払制度利用なし  
該当する□に✓する

◎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。 ※一定の条件は、2枚目または裏面の"9"を参照。
10 1234	綾瀬 菜々子 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">綾瀬</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和 平成</span>	

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。	名称 (株)リクルート〇〇〇〇	所属部署	総務部
	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( )	健保等の
	(6)生年月日	分べん日から6ヶ月前の保険加入状況	
	昭和 平成 年 月 日		

(8)分べん日	平成 29年 8月 3日	(9)出生児数	(10)死産児数	(11)死産のときはその旨	(妊娠 月) 週
		1 人			
(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)生産又は死産の別	生産・死産(妊娠)
(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			

(19) 医療機関の住所・名称	医師・助産師名	直接支払制度利用で生産の場合は不要です。 ただし死産、流産の場合は医師・助産師から証明を受けてください。
-----------------	---------	---

(20)本籍	(22)出生届出日	(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		

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

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	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。
	被保険者の住所 〒	
	氏名 <span style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	
	代理人の住所 〒	(被保険者と代理人の関係)
	氏名 <span style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	

※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

裏面または  
2枚目

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

TEL 03-4567-8901

健 健 A  
組 康 B  
合 保 C

「会社」ではなく「保険者」に記入・捺印してもらってください。

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。