

該当する方を○で
囲んでください。

受取代理 健康保険 被保険者 出産育児一時金(付加金)請求書(事前申請用)

リクルート健康保険組合 2枚目の注意事項を了解したうえで、捺印・記入・申請いたします。

①被保険者証の記号・番号 4 34	②被保険者(請求者)の氏名と印 福山 祐一		③生年月日 昭和 59年 7月 26日生
④所属事業所名称(会社名) 株式会社 リクルート		⑤所属部署 人事部 人事課 電話 03 (1111) 0000	
〒 000 - 0000 東京都千代田区丸の内1-9-2 日中連絡がとれる電話番号 090 (1111) 1111			
⑥氏名 福山 佐代子		⑦生年月日 昭和 59年 7月 19日生	
⑧出産予定日 平成 29年 2月 25日		⑨出産児の予定数 単胎 多胎(人)	
A. 被保険者がリクルート健保の資格喪失後に出産予定の場合		B. 家族がリクルート健保扶養認定日から6ヶ月以内に出産予定の場合	
<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 電話 () 記号 番号 資格取得日 昭和 平成 年 月 日 資格喪失日 昭和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 電話 () 記号 番号 資格取得日 昭和 平成 年 月 日 資格喪失日 昭和 平成 年 月 日	
⑩現在加入の健康保険の健康保険名(会社名ではありません)、電話番号、記号・番号、保険加入期間			
⑪出産予定の医療機関の名称および住所・電話番号 ⑫名称 銀座レディースクリニック 〒 000 - 0000 ⑬所在地 東京都中央区銀座1-1-1 電話 03 (000) 2222			
⑭被保険者に対する支払金融機関の種 (被保険者名義の口座に取る(ゆうち)銀行不可) ※必ず記入してください			
銀行名 みずほ		支店名 丸の内 支店	
支店コード 0000		口座名義 フクヤマ ニクイチ 福山 祐一	
預金項目	口座番号		
1. 普通	1	1	1
2. 当座	1	1	1

被保険者本人の出産の場合、「該当せず」と記入してください。

被保険者が記入・捺印してください。

医療機関に記入・捺印を依頼してください。

被保険者 ⑭甲(福山 祐一)は、医療機関等である乙(銀座レディースクリニック)を代理人と定め、次の権限を...

平成 29年 1月 10日

甲(被保険者)の 住所 〒 000 - 0000 東京都千代田区丸の内1-9-2
氏名 福山 祐一

乙(代理人)の 住所 〒 000 - 0000 東京都中央区銀座1-1-1
医療機関名 銀座レディースクリニック
氏名 理事長 岡野 謙一
電話番号 03-000-2222

⑮受取代理人に対する支払金融機関の種 (ゆうち)銀行不可

銀行名 みずほ 支店名 銀座 支店 00001

預金項目

1. 普通 2 2 2 2 2 2 2

2. 当座

ギンザレディースクリニック リジチョウ オカノハルイチ

※本書に記入していただいた個人情報については、適宜に取扱い、目的外には利用しません。

この請求書および添付書類は事業所(会社)に送らず、リクルート健保へ直接お送りください。(注意事項の「提出先」参照)

請求書・添付書類は、被保険者から直接リクルート健保へ送ってください。

●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。