

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 家族 出産育児一時金請求書(事前申請用)

リクルート健康保険組合殿 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		②被保険者(請求者)の氏名と印		③生年月日	
4	34	福山 祐一		福山	昭和 平成
④所属事業所名称(会社名)		⑤所属部署			
株式会社 リクルート		人事部 人事課			
0000		電話 03 ( 1111 )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					
⑦氏名		⑧生年月日			
福山 佐代子		昭和 平成		59年 7月 19日生	
⑨出産予定日		平成 29年 5月 25日		⑩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		
⑪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		<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		<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 ( )		⑫出産予定日から6ヶ月前に加入していた健康保険名(会社名ではありません)、電話番号、記号・番号、保険加入期間		電話 ( )	
記号		記号		記号	
番号		番号		番号	
資格取得日		昭和 平成 年 月 日		資格取得日	
昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	
資格喪失日		昭和 平成 年 月 日		資格喪失日	
昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	
⑬名称		銀座レディースクリニック			
⑭所在地		〒000-0000 東京都中央区銀座1-1-1			
		電話 03 ( 000 )2222			
⑮被保険者に対する支払金融機関の欄 (被保険者名義の口座に限る)(ゆうちょ銀行不可) ※必ず記入してください					
銀行名		支店名		支店コード	
みずほ 銀行		丸の内 支店		0 0 0	
預金項目		口座番号		口座名義	
1. 普通		(フリガナ)		フクヤマ ユウイチ	
2. 当座		1 1 1 1 1 1 1		福山 祐一	

被保険者本人の出産の場合は、「該当せず」と記入してください。

⑯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、次の権限を委任		医療機関に記入・捺印を依頼してください。			
甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(上限:法定給付額)の受領に関すること。					
平成 29年 4月 10日					
住所 〒000-0000 東京都千代田区丸の内1-9-2					
氏名 福山 祐一					
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 晴一					
電話番号 03-000-2222					
⑰受取代理人に対する支払金融機関の欄 (ゆうちょ銀行不可)					
銀行名		支店名		支店コード	
みずほ 銀行		銀座 支店		0 0 0 1	
預金項目		口座番号		口座名義	
1. 普通		(フリガナ)		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	
2. 当座		2 2 2 2 2 2 2			

被保険者が記入・捺印してください。

受取代理人が記入するところ

※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。

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。