

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。

Form with fields for insured person (福山 祐一), family member (福山 佐代子), hospital (銀座レディースクリニック), and bank details (みずほ).

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。

被保険者が記入するところ

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

Form for agent details, hospital information (銀座レディースクリニック), and bank details (みずほ).

医療機関に記入・捺印を依頼してください。

※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。

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。