

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	
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	□健康保険組合 □社会保険事務所 □国民健康保険		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	□健康保険組合 □社会保険事務所 □国民健康保険	
	電話 ()			電話 ()	
	記号	番号		記号	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
資格喪失日	昭和 平成 年 月 日	資格喪失日	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	1	1	1	(フリガナ) フクヤマ ユウイチ 福山 祐一	
2. 当座					

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
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

※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。