

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 直接支払制度利用なし
 内払金(差額)請求 該当する□に☑チェック

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の氏名と印	印			被保険者の生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の住所・電話	〒				日中連絡が取れる電話番号 TEL ()

申 請 内 容	該当者に☑チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください						
	出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)		出産から6か月前の保険加入状況	<input type="checkbox"/> A. リクルート健保の被扶養者 <input type="checkbox"/> B. リクルート健保の被保険者(記号:番号) <input type="checkbox"/> C. 他の保険などの被保険者 <input type="checkbox"/> D. 国民健康保険(市区町村名: <input type="checkbox"/> E. その他(
		被扶養者(家族)の氏名	被扶養者(家族)の生年月日				
	出生した年月日	令和 年 月 日	出生児数	人	死産児数	人	死産の場合妊娠からの週数及び日数
出生児氏名	続柄		備考				

証 明 欄 い ず れ か に ご 記 入 く だ さ い	■ 医師・助産師の証明						
	分べんした年月日	令和 年 月 日	出生児数	単胎・多胎(人)	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 週)	日
	上記の通り相違ないことを証明いたします。 令和 年 月 日						
	医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 (所在地・名称はゴム印を使用してください。						
■ 市区町村長の証明							
本籍					筆頭者氏名		
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名			出生年月日	令和 年 月 日	
上記の通り相違ないことを証明いたします。 令和 年 月 日							印

振 込 先 指 定 口 座	【口座名義の区分】 <input type="checkbox"/> 被保険者名義 <input type="checkbox"/> 代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)							
	銀行名		支店名			支店コード		預金種別
	銀行		支店					1. 普通 2. 当座
	口座番号		口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1文字としてご記入ください。)					
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合のみ☑を入れてください) 注意事項 ※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先します。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付日が遅れることがあります。								

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。 令和 年 月 日				
	被保険者 氏名	印			※住所は「被保険者情報」と同じ
代理人(口座名義人) 氏名	住所 〒	印			被保険者との関係

※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。