

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	
90	11	健保 祐一		昭和 平成 令和 59年 7月 26日生	
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	
健保 佐代子				昭和 平成 令和 59年 7月 19日生	
⑨出産予定日		令和 5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・平・令 年 月 日		資格取得日	昭・平・令 年 月 日
資格喪失日	令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日		
⑬名称		健保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) ※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 5
預金項目	口座番号			口座名義	
1. 普通	1	1	1	1	ケンポ ユウイチ 健保 祐一
2. 当座					
□ 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。					

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(**健保 祐一**)は、医療機関等である乙(**健保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。

被保険者が記入・捺印してください。

住所 〒000-0000 東京都千代田区丸の内1-9-2
氏名 **健保 祐一**

⑰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 **健保レディースクリニック**
氏名 **理事長 ●●●●**
電話番号 **03-000-2222**

※医療機関の所在地・名称はゴム印を使用して下さい。

⑱受取代理人に対する支払金融機関の欄

銀行名			支店名		支店コード
みずほ 銀行			銀座 支店		0 3 5
預金項目	口座番号			口座名義	
1. 普通	2	2	2	2	ケンポレディースクリニック リジチョウ ●●●●
2. 当座					

医療機関に記入・捺印を依頼してください。

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。