

健康保険 □出産育児一時金 ・ □家族出産育児一時金 請求書

<被保険者(本人)の場合は出産育児一時金に、被扶養者(家族)の場合は家族出産育児一時金にレ印をつけてください>

神戸製鋼所健康保険組合 御中

令和 年 月 日 請求

被 保 者 記 入 欄	記号・番号 <small>※枝番記入不要</small>									医療機関への直接 支払い制度の利用	<input type="checkbox"/> 利用した <input type="checkbox"/> 利用していない							
	事業所名	病院・産院等の住所及び名称																
	被保険者(請 求人)の氏名	住所： 名称：																
	被保険者 住 所	電話：() -																
	出 産 者	氏名	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ															
		生年 月日	昭・平・令	年	月	日	「はい」の場合、当健保の前に加入していた保険者名と 記号・番号をご記入ください											
	出産 種別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(人)		保険者名														
	分娩年月日	令和	年	月	日	記号・番号												
	出産育児一時金を当健保資格喪失後に請求するとき										同一の出産について、上記の保険者より出産育児一時金を							
	入社日	平・令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定												
退職日	令和	年	月	日														
委任状	※退職者・任継者は記載不要 この給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (自署)																	
支払 方法	請求人が一般被保険者、任意継続被保険者以外 の場合は、各人の銀行口座(請求人の名義に限る) に振込みますので、右欄に必要事項を記入してく ださい。									銀行名：	支店名：							
										当座・普通	口座番号							
										名義(ｶｸｶ)：								

(注意事項)

- ・妊娠4ヵ月(85日)以上であれば、死産・流産に係らず請求できます。
- ・被保険者期間が継続して1年以上の被保険者が、資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合も請求が可能です。
ただし、喪失後に加入された他の保険へ重複して請求はできません。
- ・医療機関から交付される、『合意書』と『領収・明細書』を添付して下さい。(写し可)

医師・助産師、市区町村長証明欄				(母子手帳の出生届出済証明頁の写し等、出産の事実と出産者の氏名が 記載されている書類添付でも可)※医師・助産師の押印は不要						
分娩年月日	令和	年	月	日	左記のとおり相違ないことを証明する。		令和	年	月	日
妊娠期間等	ヵ月		週		医療機関等 の所在地					
	生産	死産	流産	医師・助産師名 (市区町村長名)		印				
出生児の数	単胎	多胎(児)								

※事業主経由で給与に合算して支払う場合、支払事務のため被保険者名と給付金額を事業主へ連絡します。

健康保険組合記入欄										
支給日	令和	年	月	日	(備考欄)					
伝票番号				支給 決定額	¥					

受付印