

支給決定伺		支給金額合計		¥	出産日	年 月 日	取得日	年 月 日
常務理事	事務長	内 訳	出産育児一時金	¥	産科医療補償制度 有・無		喪失日	年 月 日
			出産育児付加金	¥	請求書受付報告日		認定日	年 月 日
担当者	担当者	支 払 先	医療機関支払額	¥	在籍証明依頼日		抹消日	年 月 日
			事業所委任払額	¥	備考		本人	家族

押印してください

健康保険 被保険者 出産育児一時金請求書 (受取代理用)
家 族

SGホールディングスグループ健康保険組合 理事長様 ◎この請求書は、出産予定日まで2ヶ月以内の方が対象です。

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号と番号	記号 〇〇〇〇	番号 〇〇〇〇	②事業所の 名 称	佐川急便〇〇		
	③被保険者の氏名	フリガナ サガワ タロウ 佐川 太郎		④被保険者 の生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	⑤被保険者の 住所とTEL	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町1丁目1-10		TEL (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	⑥被扶養者(家族)が出産するための 請求であるときは、その者の氏名	フリガナ サガワ ハナコ 佐川 花子		続 柄	妻		
				生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	⑦出産予定日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		⑧胎児数	〇 児		
	⑨女子被保険者が資格喪失後に出産したとき 資格喪失日より6ヶ月以内の出産の場合は 喪失日以降の健康保険証について記入	⇒		記号と番号	記号 〇〇〇〇	番号 〇〇〇〇	
	⑩家族が出産したとき (旧姓: 〇〇) 被扶養者に認定されてから6ヶ月以内の出産の場合は 認定日以前の健康保険証について記入	⇒		健康保険の 名 称	() 社会保険事務所 () 健康保険組合 () 国民健康保険		
				加入区分	本人・親の扶養者・夫の扶養者		
				勤務先名	〇〇株式会社		

【添付書類】「母子手帳の表紙」と「出産予定日を証明する書類」のコピーを添付してください。

【注意】※③と⑩と⑫の欄は、被保険者の署名をし、必ず同じ印鑑で押印してください。

※ボールペン等、消えない筆記用具で記入してください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。

受 取 代 理 人 に 関 す る 欄	被保険者は下記の医療機関等を代理人と定め、次の権限を委任します。被保険者が請求する出産育児一時金のうち、下記の医療機関等が被保険者に対して、出産に関し請求する費用の額※の受領に関する事。 ※出産育児一時金等の支給額を上限とする。ただし、産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は42万円を上限とする。					
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
	⑪ 被保険者の住所		〇〇市〇〇町1丁目1-10			
	氏名		佐川 太郎			
代理人の住所 (医療機関等)		〒 - TEL ()				
名称						
代表者氏名		◎				
受取代理人 に対する 支払金融機関の欄		銀 行	支店	普通・当座	口座番号	
		信用金庫	(店番)	名義人氏名	フリガナ	
		信用組合				

分娩予定の医療機関で証明を受けて下さい。

押印して下さい

押印して下さい

委 任 の 欄	⑫上記出産育児一時金の差額受領を 健保代理受領口代理人に委任します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日		(事業主記入欄) 健保代理受領口代理人氏名	受付日付印
	被保険者氏名 佐川 太郎 ◎		◎	