

出産育児一時金請求に際しての調査票

出産育児一時金の請求にあたり次のとおり回答します。

現在(分娩時)加入している 健康保険(医療保険)について	保険者名	
	電話番号	
	本人 または家族	1. 本人 (被保険者 ・ 組合員) 2. 家族 → 本人氏名 ()
	記号・番号	
今回の分娩について 上記保険者から出産育児一時金を		1. 受けた/受ける予定 2. 受けない

年 月 日

ユニチカ健康保険組合 御中

元 被保険者 住所 _____
氏名 _____
記号 _____ 番号 _____

確認欄	<input type="checkbox"/> この回答は、被保険者であった本人が作成したものです
-----	--

※当健保組合の被保険者であった本人が資格喪失後6ヶ月以内に分娩し、当健保組合へ「出産育児一時金」を請求する時に提出してください。

資格喪失日の前日(退職日)までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失後6ヶ月以内に分娩した場合、資格喪失前の健康保険から出産育児一時金を受けることができます。

よって、出産育児一時金は、当健保組合または分娩時に加入している健康保険からのどちらかを選択して受けることとなり、重複して受けることはできません。

なお、本調査は、重複受給を防止するためのものであり、当健保組合から分娩時に加入している健康保険へ重複請求していないかの確認をさせていただくことがありますのでご了承ください。