

家族出産育児一時金請求に際しての調査票

家族出産育児一時金の請求にあたり次のとおり回答します。

被扶養者の氏名 ※分娩日前6ヶ月以内に姓が変わった場合には旧姓を記入してください	(旧姓)			
分娩日前6ヶ月以内の職業の有無について	1. あり	勤務先名		
		電話番号		
2. なし				
加入していた健康保険(医療保険)について ※上記で職業ありと答えた場合は、勤務先で加入していた健康保険について記入してください	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. 本人 (任意継続被保険者)		
		3. 家族 (被扶養者)		
	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
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

被保険者 住 所 _____
氏 名 _____
記 号 _____ 番 号 _____

確 認 欄	<input type="checkbox"/> この回答は、被保険者本人が作成したものです
-------	--

※扶養認定6ヶ月以内の「家族出産育児一時金」を請求する時に提出してください。

今回請求対象となる被扶養者の元の勤務先での在職期間が1年以上あり、退職した後6ヶ月以内に分娩した場合、元の勤務先の健康保険から「出産育児一時金」を受けることができます。

よって、分娩時に加入している当健保組合からの「家族出産育児一時金」または元の勤務先の健康保険からの「出産育児一時金」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、元の勤務先の健康保険にて資格喪失後の出産育児一時金の受給権を有する場合、当健保組合から元の勤務先の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きます。