健康保険　被保険者 家族

出産育児一時金・付加金　請 求 書

令和　　年　　月　　日請求

【被保険者の注意事項】

●●●被保険者等記号と番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（健康保険証）」のいずれかでご確認ください。

●●●被保険者が分べんしたための請求である場合は、⑧⑩欄には記入しないでください。

●●●請求の際には、左記の書類を添付してください。

（国内）①直接支払制度を利用しない合意文書」コピー、②「出産費用明細書」コピー

（国外）①「出生証明書」コピー、②「出産費用明細書」コピー

被保険者が記入するところ

①被保険者等記号と番号	記号	8888	②被保険者名（請求者）	健保　一子	
	番号	88888			
③被保険者の現住所	〒103-0001 東京都中央区〇〇〇1－2－3　TEL　03　(5757)　〇〇〇〇				
④事業所の名称(勤務先)	㈱〇×商事				
⑤分べん年月日	令和　4 年　8 月　31 日		⑥死産のときはその旨	（妊娠　週　日）	
⑦（A）分べんした病院または産院名	健保総合病院				
⑦（B）病院または産院の所在地	東京都中央区〇〇〇2－2－2				
⑧家族が分べんしたための請求であるときはその者の (ア)氏名		(イ)続柄		(ウ)生年月日	昭和 平成　年　月　日生

⑨被保険者の分べんが資格喪失後であるときは現在の健康保険の種類	(ア)保険者名	(ア)の電話番号	記号・番号	勤務先名称	被保険者氏名（世帯主名）	被保険者との続柄
	全国健康保険協会（　　）支部 （　　）健康保険組合 （　　）その他					
⑩家族の分べんが被扶養者となってから6ヶ月以内のとき、以前の健康保険の種類	全国健康保険協会（　　）支部 （　　）健康保険組合 （　　）その他					

（　　）内には｛全国健康保険協会の場合は支部名／健康保険組合の場合は組合名／その他は、共済組合名・国保の市区町村名など｝を記入してください。

医師・助産師または市区町村長が証明するところ

分べん年月日	令和　4 年　8 月　31 日	生産または死産の別	生産・死産（妊娠　週　日）
出生児の数	単胎・多胎（　1　人）	備考	

うえのとおり相違ないことを証明する。　令和　4 年　9 月　10 日

職名　（医師）　住所　東京都中央区〇〇〇2－2－2

氏名　医師　健

TEL　（　　）

本籍		筆頭者氏名	
出生届出日	令和　年　月　日	出生年月日	令和　年　月　日

うえのとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日

市区町村長名

TEL　（　　）

被保険者の個人口座

銀行名	
店番・支店名	
種類	普通・当座
口座番号（右詰め）	
フリガナ	
口座名義	

※ 請求者が資格喪失している場合及び任継者は、個人口座へ振込みますので、上記の欄に記入してください。（委任状は不要です）

※ ゆうちょ銀行の場合には、店番「**通帳の記号5桁**」支店名「**漢数字の3文字**」、口座番号「**通帳の番号8桁**」を記入してください。

委任状

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

令和　4年　9月　20日

被保険者（請求者）　住所　東京都中央区〇〇〇1－2－3

氏名　健保　一子

受領代理人　住所　東京都中央区〇〇〇5－5－5

氏名　会社　太郎

※ 受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

受付日付印

社会保険労務士提出代行者の印	

東京ニットファッション健康保険組合