

健康保険組合記入欄

＜記入例＞

健康保険 被保険者
家族 出産育児一時金・付加金支給申請書

【直接支払制度を利用しない場合又は海外で出産した場合】

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 4 年 6 月 1 日																
	被保険者等 記号番号	記号	××			資格取得 年月日	平 令	年	月	日	資格喪失 年月日 <small>*喪失後の場 合</small>	令和	年	月	日			
		番号	△△△△			2	6	1	0	0	1							
	被保険者 (請求者) 氏名	健保 太郎					被保険者 (請求者) 住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所をご記入ください										
	生年月日	昭和 平成 55 年 8 月 5 日					電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇										
	所属及び 部署名	〇〇〇〇 部					電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇										
	被扶養者の出産 である場合は その者の氏名	フリガナ	ケンポ ハナコ			被保険者と 出産した者 の続柄	妻	出産 年月日	令和	年	月	日	0	4	0	5	3	1
	出生児の数	単胎・多胎(児)			出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	ある・ない		出生児が被保険者の 被扶養者でないときはその理由										
	出産した 医療機関等の 名称・所在地	(名称)	〇〇〇〇病院			(所在地)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所をご記入ください											
	出産した医療機関の産科医療補償制度加入の有無	有 ・ 無																
①被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、現在の保険証の保険者名・記号番号等ご記入ください。					保険者名	(国民健康保険又は、健保組合名など)												
②被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、以前加入していた保険証の保険者名・記号番号等ご記入ください。					保険者連絡先	電話	()											
					記号						被保険者氏名 (世帯主名)							
					番号													

※医師・助産師又は市区町村長が証明する欄はどちらか一方で証明を受けてください。

医師・助産師の証明欄	<h2 style="color: red; margin: 0;">※出産した医療機関の医師 または 市区町村長の証明欄 (どちらか一方で、証明を受けてください)</h2>
市区町村長の証明欄	

給付金振込先 給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。

* 退職された方は、「給付金振込口座届」にて給付金の振込先を別途確認させていただきます。

＜添付書類＞

- ① 医療機関等から交付された直接支払制度に関する合意文書の写し
- ② 医療機関等から交付された出産費用の内訳が記載された領収・明細書の写し
(産科医療補償制度加入医療機関等においては証明するスタンプが押されたもの)

受付日付印

【送付先】

郵送の場合 : 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室 大気社グループ健康保険組合