

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															
	被保険者証 記号番号	記号	××			資格取得 年月日	平	年	月	日	資格喪失 年月日 *喪失後の場合	平	年	月	日		
		番号	△△△△				令	2	6	1		0	0	1	令		
	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	ケンボ ハナコ			被保険者と 出産した者 の続柄	妻			出産 年月日	令和	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					電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇										

※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	市区 町村長の 証明欄	<h2>※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>	
--------------------	-------------------	--	--

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。

*マイ付ホル等で事前登録した公金受取口座を利用します。□

(利用する場合のみ☑チェックしてください。口座情報の反映には登録から数日を要します。)

*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