

記入例

事後払

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金事後払請求書

必要事項を全て記入し、捺印して下さい。訂正箇所については、振込金金融機関の欄へ記入方法・必要書類等不明な方は、振込先を全て記入し、捺印して下さい。訂正箇所については、振込金金融機関の欄へ記入方法・必要書類等不明な方は、

被保険者証の記号・番号	227	555	被保険者（請求者）の氏名及び印 (フリガナ) ケホ ハコ 健保 花子	生 年 月 日 昭和 平成 60年7月10日生
被保険者の現住所	〒170-00XX 東京都豊島区XX2-3-4		TEL	03-3456-78XX
勤務している又はしていた事業所の名称	株式会社OO広告		所在地	東京都豊島区OO1-5-1
被扶養者が出産したための請求であるときはその方の氏名	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
出産した年月日	平成 27年 1月 7日	出産児数	1	死産児数
出産したその病産院の名称	OO△△産婦人科病院		所在地	東京都文京区△△2-16-9
出生児の氏名	(フリガナ) ケホ マミ 健保 真美	被保険者と出生児との続柄	長女	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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			他の制度から給付を受けているかどうか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
被扶養者認定後6ヶ月以内の出産である時は以前の被保険者証、資格喪失後6ヶ月以内の出産である時は現在の被保険者証の	健保・国保等の名称	国民健康保険		
	記号番号および続柄	000-△△△	被保険者・被扶養者	
	加入期間	昭和 平成 26年12月1日～	年 月 日まで加入	
備考 (添付資料のチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 出産費用の領収・明細書(写) <input checked="" type="checkbox"/> 直接支払制度の合意文書(写)			

医師・助産師または区市町村長が証明するところ	出産した年月日	平成 27年 1月 7日	出産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 10ヶ月週)
	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児 )		備考
	上記のとおり相違ないことを証明する。平成 27年 1月 10日			
	医療施設の名称・所在地 〒112-△△OO 東京都文京区△△2-16-9			
	医師・助産師名 OO △△ TEL 03-1234-56XX			
	本籍	筆頭者氏名		
	出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	出生年月日 平成 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日			
	区市町村長名 TEL			

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人（健保口）に委任します。平成 年 月 日			
	被保険者（申請者）	住所	_____	
		氏名	_____ 印	
	代理人（健保口）	住所	_____	
		氏名	_____ 印	

振込金融機関	銀行コード 1	銀行 店番 000	本店	預金種別	平成 27年 2月 10日
	金融機関 みずほ	信用金庫 信用組合 00	支店	① 普通 2. 当座	受付印
	口座番号 No. 0 1 2 3 4 5 6	フリガナ ケホ ハコ 健保 花子			
	口座名義 _____				

社会保険労務士の提出代行者印	_____ 印
----------------	---------

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 TEL 03-3576-3511

## 【記入上の注意】

この請求書は、①「直接支払制度」を利用しない場合にお使いいただけます。

1. 被保険者が記入するところの欄で該当される必要事項をご記入下さい。
2. 医師・助産師または市区町村が証明するところは、どちらか一方で証明を受けてください。
3. 保険給付金の振込先等について
  - (a)被保険者の口座に振り込みを希望する場合は、振込金融機関の欄に被保険者の口座をご記入下さい。
  - (b)健保口の口座（事業所経由）へ振込を希望する場合は、委任状の欄に記入・捺印してください。その際、被保険者（請求者）の印と、被保険者が記入するところの欄内の被保険者（請求者）の氏名及び印の欄で捺印した同一印で押印してください。
3. 添付書類について
  - ・医療機関等から交付される「出産費用の領収・明細書」の写し  
（産科医療保障制度に加入している医療機関等で妊娠22週以降に出産した場合、制度対象分娩である事を証明するスタンプが押された領収明細書）
  - ・医療機関等から交付される「合意文書」の写し  
（「直接支払制度を利用していない旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されているもの）

※ご不明な点等がございましたら健康保険組合の業務課・給付係までご連絡下さい。  
**03-3576-3511**