

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（及び捺印）下さい。訂正箇所については、振込金融機関の欄へ記入方法を参照し、添付して下さい。

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) ケンポ マミ 健保 太郎	生 年 月 日 昭和 平成 60 年 7 月 10 日生
被保険者の現住所	〒 170 - 〇〇×× TEL 03-3456-78×× 東京都豊島区××2-3-4			
勤務している又はしていた事業所の名称	株式会社〇〇広告		所在地	東京都豊島区〇〇1-5-1
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	健保 花子		生年月日	昭和 平成 60 年 12 月 19 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	死産のときはその妊娠経過期間 ケ月 週
出産したその病産院の名称	〇〇△△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) ケンポ 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 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		他の制度から給付を受けているかどうか 受けている 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加入期間		健康・国保等の名称 〇〇△△健康保険組合 TEL 03-1212-34△△ 記号番号および続柄 5678 - 9999 被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者 昭和 平成 20 年 4 月 1 日～ 26 年 10 月 31 日まで加入		
備考 (添付資料のチェック)	☒ 出産費用の領収・明細書(写) ☒ 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	生産 死産 (妊娠 10 ケ月 週)
	出生児の数	単胎・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-△△〇〇 東京都文京区△△2-16-9				
医師・助産師名 〇〇 △△ 印 TEL 03-1234-56××				
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 印 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	東京都豊島区××2-3-4	
		氏名	健保 太郎 健保 印	
	代 理 人 (健 保 口)	住所	東京都豊島区〇〇1-5-1	
		氏名	株式会社〇〇広告 屋外 健一 屋外 印	

振込金融機関	銀行コード	銀 行 店 番	本店	預金種別
	金融機関	信用金庫	支店	1. 普通 2. 当座
	口座番号	No.		
	フリガナ			
	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

平成 27 年 2 月 10 日

受付日付印

【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