

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金請求書

◎ 記入の方法は、裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎ 被保険者資格喪失後の被保険者出産の場合、付加給付はありません。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号	54 × ×	フリガナ	カンコウ タロウ		② 印	
	被保険者の氏名と押印	管工 太郎					
	番号 第 260 号	生年月日	平成 3 年 12 月 9 日生				
	③ 被保険者の現住所	〒 196-0033 昭島市東町〇-〇-〇		TEL 0425 (26) × × × ×			
	④ 事業所の名称	いろはに株式会社		TEL 03 (3296) × × × ×			
	⑤ 被扶養者が出産したための請求であるとき	被扶養者の氏名	管工 あつ子	⑥ 被扶養者の生年月日	平成 5 年 11 月 9 日生	⑦ 被保険者との続柄	妻
	⑧ 出産した日	平成 29 年 7 月 7 日	⑨ 死産のときは、その旨	該当せず		(妊娠 〇 月 〇 週間)	
	⑩ 入院して出産したときは、その産院の名称	健康産婦人科医院		所在地	昭島市東町〇-〇-〇		
	⑪ ア) 被保険者資格喪失後6ヵ月以内の出産であるときは、夫の勤務している イ) 被扶養者認定後6ヵ月以内の出産であるときは、最後の勤務していた	勤務事業所の名称	(株)東版		TEL 03 (3620) × × × ×		
		社会保険または健康保険組合の名称	東版健康保険組合		TEL 03 (3625) × × × ×		
		保険証の記号・番号	記号	1002	番号	295	
	⑫ 出生児の氏名	管工 次郎		⑬ 被保険者と出生児の続柄	長男		

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 区 市 町 村 長 の 証 明 す る と こ ろ	④ 出産した年月日	平成 29 年 7 月 7 日	⑥ 生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 〇 月 〇 週間)		
	⑤ 出生児の数	単胎 (〇 児)	⑦ 備考			
	⑧ 上記のとおり相違ないことを証明する。平成 29 年 7 月 10 日					
	⑨ 医療施設の名称・所在地 〒 196-0033 昭島市東町〇-〇-〇 健康産婦人科医院					
	⑩ 医師助産師名		西 公一	⑪ 印	TEL 0425 (26) × × × ×	
	⑫ 本籍	⑬ 筆頭者氏名				
	⑭ 出生届出日	平成 年 月 日	⑮ 出生児氏名	⑯ 出生年月日	平成 年 月 日	
⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日						
⑱ 区市町村長名		⑲ 印		TEL ()		

支 払 い は 全 て 振 込 み に な り ま す	受領を委任するとき	この給付金の受領を、次のとおり代理人を定め委任します。 平成 29 年 7 月 20 日		※在職の方は、貴事業所の健保口座名義人の方に委任してください。 (事業所担当者におたずねください。)
		被保険者 (請求者) 氏名	管工 太郎	
		代理人の住所	千代田区神田駿河台〇-〇	
		(口座名義人) 氏名	いろはに株式会社 代表 東京 大輔	

給 付 金 受 領 口 座	金融機関名	みずほ 銀行 神田 支店
	口座番号	普通・当座 No. 123 × × × ×
	フリガナ	ケホケチ 印ニカブシカイヤ ダ化ヨ トキヨウ イケ
	口座名義人	いろはに株式会社 代表 東京 大輔

受付日付印

退職して健康保険を喪失した方、任意継続加入の方は個人口座への振込ができます。

管工業健康保険組合