

日立健康保険組合 御中

## 健康保険

被保険者  
被扶養者

## 出産育児一時金請求書

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 険 者 記 入 欄	提出日	令和 年 月 日	備考					
	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	(フリガナ)			
		事業所 (会社)名称	従業員番号		所属・電話 (TEL : )			
	被扶養者氏名	生年月日		昭和 平成	年	月	日	被保険者 との続柄
	出産した 年月日	令和 年 月 日	出生児 の氏名					被保険者 との続柄
	出生児が被保険者の 被扶養者でないとき	<input type="checkbox"/> 配偶者の扶養のため <input type="checkbox"/> その他 ( )		出産費 資金貸付	有 無 (いずれかに○) 有は別途「出産費資金貸付申請書」を提出			
	死産のときは その旨			他の健保から給付を 受けているかどうか	受けている 受けていない			
	給付金の振込みについて 【従業員】事業所経由を選択している事業所の方:委任状に基づき事業所へ振込みます ⇒ 委任状欄にご署名ください 個人払いを選択している事業所の方:健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】健保組合に届出されている口座へ振込みます							
	委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名: _____						

い 医 師 れ ・ か 助 が 産 師 明 ま す た る は と 市 区 町 村 長 の	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月又は 週)				
	出生児の数	単児・多胎( 児)		備考				
	上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 (TEL : )							
	住所				世帯主			
	出生届日	令和 年 月 日	出生児名	出生年月日		令和 年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日 市区町村長名 (印) (TEL : )							

## 【注意事項】

出産育児一時金の『直接支払制度』を利用される方は、本請求書による申請はできません

受付日付印

## 【添付書類】

国内で出産された場合と海外で出産された場合では、添付書類が異なります。  
別紙「記入例」をご覧ください。

事業所コード			
事業所担当者	年 月 日 氏名		

インプット
-------

## 支給決定伺

支給決定額	円	常務理事	事務長	主任	担当
同年月日	令和 年 月 日	資格取得日	年 月 日		
決裁年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日	扶養認定日	年 月 日		