

①健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書

被保険者が直接支払い制度または受取代理制度を利用せずに出産した場合
 直接支払い制度を利用したときは、この申請用紙ではなく、「出産育児一時金内払金・付加金支払依頼書」
 で請求してください。
 受取代理制度を利用したときは、この申請用紙ではなく、「出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)」で
 請求してください。
多児分娩でも請求書は1部

ず支給
 職後も
 所には
 請求であ
 した場合
 の文字が
 町村長
 当組合
 産科医

療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理の下で出産した場合は当該出産であることを証明する印のあるもの)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号	1-22222		事業所の名称	株式会社 三陽商会		
	被保険者(請求者)の氏名と印	三陽 和子 ㊞		生年月日	昭・平 50年 1月 1日		
	被保険者(請求者)の住所	〒105-0022 港区海岸1-2 汐留マンション102号					
	電話	自宅	03(2222)2222	携帯	080(2222)2222	勤務先	03(6453)3400
	被扶養者が出産したための 請求であるときは、その者の	② 氏名		生年月日		被扶養者認定日	
	出産した年月日	平成 23年 5月 5日		多児の場合は氏名を併記		昭・平 年 月 日	
	入院して出産したとき はその病産院の	④ 名称	港病院		⑤ 所在地	港区海岸2	
	出生児の氏名	フリガナ	サンヨウ アキコ		被保険者と 出生児の続柄	長女	
	出生児が被保険者の被扶養者で ないときはその理由	三陽 明子		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	夫の扶養の為		備考			
<ul style="list-style-type: none"> 被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に請求する場合は、現在加入している 被扶養者が当健康保険組合の認定日から6ヶ月以内の出産の場合は、以前加入していた 							
組 健 合 康 等 保 険 の 険	所在地			保険者証の 記号番号			
	名称			被保険者氏名			
	電話番号			加入期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		

振 込 先	銀行	〇〇〇	銀行・金庫
	支店	△△△	本店・支店
	口座番号	1111111	
	預金種別	普通・当座・総合	
	フリガナ	サンヨウ カズコ	
	名義	三陽 和子	

⑥ 委 任 状	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日
	本人 住所 被保険者以外の口座に振り込むときは
	代理人 ⑥委任状の欄も記入してください。 氏名 ㊞

村 医 師 が 証 明 す る と こ ろ	出産者氏名			出産した年月日	平成 年 月 日	
	⑦ 生産又は死産の別	生産 死産(妊娠 日 週)		出生児の数	産胎 多胎 (児)	
	⑧ 上記のとおり 医療機関の名称 医師・助産師	病院又は市区町村役所で証明してもらいます。				
	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	
	⑨ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名	㊞				

①健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金・付加金請求書

(注意)・この請求書は妊娠4ヶ月以上のお産をした場合に請求してください。(妊娠4ヶ月以上であれば、生産・死産・流産にかかわらず支給

被扶養者が直接支払い制度または受取代理制度を利用せずに出産した場合
 直接支払い制度利用したときは、この申請用紙ではなく、「出産育児一時金内払金・付加金支払依頼書」で
 請求してください。
 受取代理制度を利用したときは、この申請用紙ではなく、「出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)」で
 請求してください。
 多児分娩でも請求書は1部

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		1-222222		事業所の名称		株式会社 三陽商会			
	被保険者(請求者)の氏名と印			三陽 一夫 ㊟		生年月日		昭・平50年1月1日		
	被保険者(請求者)の住所								〒105-0022 港区海岸1-2 汐留マンション102号	
	電話	自宅	03(2222)2222		携帯	070(2222)2222		勤務先	03(6453)3400	
	被扶養者が出産したための 請求であるときは、その者の			② 氏名		生年月日		被扶養者認定日		
				三陽 一美		昭・平50年3月3日		昭・平23年1月1日		
	出産した年月日		平成23年5月5日				多児の場合は氏名を併記			
	入院して出産したとき はその病産院の		④ 名称		港病院		⑤ 所在地		港区海岸2	
	出生児の氏名			フリガナ	サンヨウ イチロウ		被保険者と 出生児の続柄		長男	
				三陽 一郎		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								扶養認定日から6ヶ月以内の 分娩の場合記入必要		
<ul style="list-style-type: none"> 被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に請求する場合は、現在加入している 被扶養者が当健康保険組合の認定日から6ヶ月以内の出産の場合は、以前加入していた 										
組 健 合 康 等 保 険 の 険	所在地		東京都港区新橋1			保 険 者 証 の	記号番号		44-44	
	名称		□□□□健康保険組合				被保険者氏名		三陽 一美	
	電話番号		03(4444)4444				加入期間		自平成19年4月1日 至平成23年1月1日	

振 込 先	銀行	〇〇〇	銀行・金庫
	支店	△△△	本店・支店
	口座番号	1111111	
	預金種別	普通・当座・総合	
	フリガナ	サンヨウ カズオ	
	名義	三陽 一夫	

⑥ 委 任 状	本人	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日
	代理人	氏名 ㊟

被保険者以外の口座に振り込むときは
⑥委任状の欄も記入してください。

村 医 師 が 証 明 す る と こ ろ	出産者氏名			出産した年月日	平成 年 月 日	
	⑦ 生産又は	病院又は市区町村役所で証明してもらいます。				児)
	⑧ 上記の					
	医療機関の					
	医師・助産師名	㊟				
	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		
⑨ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日						
市区町村長名 ㊟						

三陽商会健康保険組合

①健康保険 **被保険者** 家族 出産育児一時金・付加金請求書

被保険者だった方が、資格喪失後6ヶ月以内に医療機関直接支払制度・受取代理制度を利用せずに出産した場合

直接支払い制度利用したときは、この申請用紙ではなく、「出産育児一時金内払金・付加金支払依頼書」で請求してください。

受取代理制度を利用したときは、この申請用紙ではなく、「出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)」で請求してください。

多児分娩でも請求書は1部

ず支給
職後も
所には
請求であ
した場合
の文字が
町村長
当組合
産科医

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		1-22222		事業所の名称		株式会社 三陽商会		
	被保険者(請求者)の氏名と印		三陽 和子 ㊞		生年月日		昭・平 50年 1月 1日		
	被保険者(請求者)の住所		〒105-0022 港区海岸1-2 汐留マンション102号						
	電話	自宅	03(2222)2222		携帯	080(2222)2222		勤務先	03(6453)3400
	被扶養者が出産したための請求であるときは、その者の		② 氏名		生年月日		被扶養者認定日		
	出産した年月日		平成 23年 5月 5日		多児の場合は氏名を併記				
	入院して出産したときはその病産院の		④ 名称	港病院		⑤ 所在地	港区海岸2		
	出生児の氏名		フリガナ	サンヨウ アキコ		被保険者と出生児の続柄	長女		
	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由		夫の扶養の為		出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある・ない		
	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に請求する場合は、現在加入している 被扶養者が当健康保険組合の認定日から6ヶ月以内の出産の場合は、以前加入していた 								
組 健 合 康 等 保 険 の 險	所在地	東京都港区海岸3			保 険 者 証 の	記号番号	33-33		
	名称	〇〇〇〇健康保険組合				被保険者氏名	三陽 一		
	電話番号	03(3333)3333				加入期間	自 平成 23年 1月 1日 至 平成 年 月 日		

振 込 先	銀行	〇〇〇	銀行・金庫
	支店	△△△	本店・支店
	口座番号	1111111	
	預金種別	普通・当座・総合	
	フリガナ	サンヨウ カズコ	
	名義	三陽 和子	

⑥ 委 任 状	本 本	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日
	代理人 住所 氏名	<p>被保険者以外の口座に振り込むときは ⑥委任状の欄も記入してください。</p>

村 医 師 が 証 明 す る と こ ろ	出産者氏名		出産した年月日	平成 年 月 日	
	⑦ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 日 週)	出生児の数	産胎・多胎 (児)	
	⑧ 上記のとおり	病院又は市区町村役所で証明してもらいます。			
	医療機関の名称				
	医師・助産師				
	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			
⑨ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日					
市区町村長名 ㊞					

