# 健康保険《　被保険者・家　族　》出産育児一時金請求書

**被保険者が記入するところ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者の記号・番号 | - | 被保険者(請求者)の氏名 | |
| 事業所名称 | | 所属部署 | |
| 被保険者(請求者)の住所・TEL | 〒□□□-□□□□　TEL　-　- | | |
| 被扶養者(妻・家族)の分娩請求時 | 氏名 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 分娩年月日 | 令和　年　月　日 | 生産児数 | 人 |
| | | 死産児数 | 人 |
| | | 死産児妊娠経過期間 | ヶ月　週 |
| 出生児は被保険者(請求者)の被扶養者として認定されているか？ | a. 認定又は手続中<br>b. 認定されていない | bと答えた方は出生児を自分の被扶養者として認定しない理由 | |

下記１又は２に該当する方は、健康保険内容を必ずお答え下さい

1. 日本ハム退職後に出産した方は、（任意継続加入を除く）
   新しく入った健康保険について右記へ記入下さい→
2. 出産した妻または家族が、日本ハム健保の被扶養者となってから１年以内の方で、被扶養者になる以前に働いていた場合は、
   当時加入していた健康保険について右記へ記入下さい→

| 保険者名（健保組合名・社会保険事務所名・国保等の名称） | 記号・番号 |
|---|---|
| 名称 | 記号 |
| TEL　-　- | 番号 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受取金融機関 | 銀行　支店 | 普通預金口座番号 | |
| | 被保険者（請求者）の受取金融口座名義<br>(被保険者本人の口座名義でないとお支払できません。) | フリガナ | |
| | ゆうちょ銀行を指定の場合は必ず他の銀行から振込みできる支店名(数字３ケタ)と口座番号を記入のこと | | |

**医師・助産師の証明**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 分娩年月日 | 令和　年　月　日 | 生産又は死産の別 | ・生産　・死産（妊娠　ヶ月）　週 |
| 出生児の数 | ・単胎　・多胎（　児） | 備考 | |

上記のとおり相違ない事を証明します。

令和　年　月　日

医療機関の名称・所在地
医師・助産師の氏名　　印

TEL　-　-

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 資格関係 | 資格取得日 | 年　月　日 | 支給決定額 | | | | |
| | 資格喪失日 | 年　月　日 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
| | 妻・家族等認定日 | 年　月　日 | | | | | | | |

| 受付印 | 支払印 | 備考欄 | 常務理事 | 事務長 | 会計 | 給付 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |