

直接支払制度を利用しない方

添付資料

- 出生証明書または戸籍謄本 (または下記※への記載)
- 直接支払制度を利用しない合意文書の写し
- 領収・明細書の写し
- ◎ 海外出産の場合、追加が必要な書類があります。
健保WEBをご確認ください

ご出産の被保険者及び被扶養者の方を対象に、「育児書」をお届けします。ご希望の方は右欄に○印をご記入下さい。

**被保険者
家 族**

出産育児一時金(付加金) 請求書

被 保 險 者 の 記 入 欄	①被保険者証	記号	番号	②所属会社 (事業所)	
	③被保険者	自宅住所	〒		
		氏名			
		携帯電話			
		e-mail			
	④出産者の氏名 (③と異なる場合)			⑤出産者の生年月日	年 月 日
	⑥出産年月日	年 月 日	⑦出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)	
	⑧生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産(人) <input type="checkbox"/> 死産(人) / 妊娠満 週			
	⑨医療機関	名称			
		所在地			
⑩振込先 被保険者名義の 口座を指定	銀行名	金融 コード	口座番号		
	支店名	支店コード	預金種別	普通	
	口座名義 カタカナ				
※当健保に加入または資格喪失後6か月以内の出産に対する申請の場合は、該当箇所への記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> 他の保険者に対し、当該出産にかかる出産育児一時金の支給状況を照会することについて同意します。					
●当健保に 加入後、6ヶ月以内の家族 が産出する場合 当組合の前に加入していた保険者(健保名等)について		保険者名	記号	番号	
●当健保の被保険者であった者が 退職後6ヶ月以内 に産出する場合 現在加入している保険者(健保名等)について		保険者名	記号	番号	
⑪ 年 月 日 提出					

※ 医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 の 証 明	⑫出産年月日	年 月 日	⑬生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠満 週)	
			⑭単胎又は多胎の別	単胎 ・ 多胎 (児)	
	⑮ 上記のとおり相違ない事を証明する。		年 月 日		
	医療施設の名称・所在地				
	医師・助産師名				
	⑯本 籍	⑰筆頭者氏名			
	⑱母の氏名	年 月 日	⑲出生児氏名	⑲出生年月日	年 月 日
⑳ 上記のとおり相違ない事を証明する。		年 月 日			
市区町村長名		(印)			

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合

注) 被保険者が分娩した場合④は記入不要
医師・助産師に証明を受ける場合の記入欄：⑫～⑮
市区町村に証明を受ける場合の記入欄：⑯～⑳

受付日付印

<個人情報について>

ご記入頂いた個人情報は本請求に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用致しません。