| 直接支払制度を利用しない方 「健保 | トマイポータ | ル」の登録が』 | 必要です。申請[| 前に登録状況をご確認ください。 | | | | | | | | |
|--|---|---------|------------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 添付資料 口出生証明書または戸籍謄本 (また口直接支払制度を利用しない合意文書の口領収・明細書の写し ②海外出産の場合、追加で必要な書類があり健保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。 「希望の方は右欄に〇印をご記入下」、。 | | | | | | | | | | | |
| 被 ^{保険者} 出産育児一時金(付加金) 請求書 家 族 | | | | | | | | | | | | |
| ①被保険者等 記号 ○ | 番号 | 0 | ②所属会社 (事業所) | 〇〇株式会社 | | | | | | | | |

| ①被保険者等 記号番号 | 記名 | <u> </u> | | 0 | | 番号 | - - - | 0 |) | | | | | | | | 00 |)株 | 式会 | 社 | | | |
|--|---|----------|--------------|----------------------------|---|------|---|-------------------|------------|-----------|-------------|--------|----------|---------|--|-----------|-----------|---------|--|------|------|--|---------|
| | | 5 I | ₹ | | | | | | ご自宅の住所 | | | | | | | | | | | | | | |
| ③被保険者 | 氏 | 名 | 社員の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 携帯電 | 誧 | | | | | | | 日中連絡のとれる番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | e-m | ail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④出産者の氏名 (③と異なる場合) | | | 健保 花子 | | | | | | ⑤出産者の生年月日 | | | | | | | 00 | 年 | (|) | 月 | 0 | | B |
| 6出産年月日 | | | | ○○ 年 ○ 月 ○ 日 ⑦出生児の数 ■ 単胎 □ | | | | | | | | | 口 多胎(児) | | | | | | | | | | |
| 8生産または死産の別 ■ 生産(| | | | | (| 1. | 人) | 、) □ 死産(人)/妊娠満 週 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9医療機関 | 名 | 称 | | 〇〇産科クリニック | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在 | 地 | | 医療機関の住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 银行 | 7名 | | (| 〇〇銗 | 行 | | | 金融 コード | 0 | 0 | 0 | 0 | | 座番· | 号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 被保険者名義の | . [| 支店 | 5名 〇〇支店 | | | | | | | 支店コ | キュード 〇 〇 | | 0 | 0 | 預金種別 | | 別 | 普通 | | | | | |
| 口座を指定 | | | | | ケ | ンポ | 3 | タ | П | ウ | | | | | | | | | | | | | |
| ※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。 □ 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。 □ 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当組合の前に加入していた保険者(健保名等)について ●当健保の被保険者であった者が <u>退職後6ヶ月以内</u> に出産する均 | | | | | | | | | | | 記号 | ļ. | | | | | L | 番号 | - | | | | |
| | | | | | | | | る場 [·] | — - 合 | 保 | | | - | | | | | | | | | | |
| | . 1-12-7 | - `' | PI- P | / | | - | | \neg | | <u> </u> | ас <i>С</i> | | | <u></u> | | | | | | | | -В Ц | |
| | ② 記号番号 ③ 被保障者ののる月にののる月にののる月にでは、 一次では、 一 | 記号番号 記 | 記号番号 記号 自宅 に | 記号番号 記 | 記号番号 にち 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 | 記号番号 | 記号番号 にち 回 音 日宅 にち 回 音 日宅 住所 日 日宅 住所 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 | 記号番号 | 記号番号 | 記号番号 | 記号番号 | 記号番号 に | 記号番号 | 記号番号 | 記号番号 記号 日宅 日宅 日宅 日宅 日宅 日宅 日宅 日 | 記号番号 記で | 記号番号 記で | 記号番号 記で | 記号番号 記号 日宅 日宅 日宅 日宅 日宅 日宅 日宅 日 | 記号番号 | 記号番号 | 記号番号 記号 日宅 日宅 日宅 日宅 日宅 日宅 日宅 日 | 記号番号 記で |

| | ※ 医 | ⑫出産年月日 | 年 | 月 日 | ③生産又は死産の別 | 生産 | • | 死産 | (妊娠満 | 週) | |
|-----------------|------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------|-----------------------------|----|---|-------------|------|---|--|
| ĺ | 師・ | 少山连十万口 | + | Я П | ⑭単胎又は多胎の別 | 単胎 | • | 多胎 | (| 児) | |
| 日本ヒューレット・パッカード健 | 産師または市区町村町 | - 日本ヒューレ ¹⁶ メールでも受 | | ※宛先間 | 出先> 合 出産育児一時会 間違いにご注意 | | | | _ | 日 日 | |
| 健康保険組 | ž | 医師・助産師に | した場合④は記入る 証明を受ける場合の を受ける場合の記』 | の記入欄: ① | | | | ,neee eee e | 受付日 | 付印 ************************************ | |

合

<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。