

健康保険(被保険者・家族)出産育児一時金 請求書(B)

【直接支払制度等を利用しない場合】

(被保険者が記入するところ)

被保険者証の				被保険者の氏名		フリガナ	
記号		番号				印	
被保険者の住所		TEL					
被扶養者の氏名 (被扶養者が出産者の場合)		フリガナ		被扶養者の生年月日 (被扶養者が出産者の場合)		昭和 年 月 日 平成	
出生児の氏名		フリガナ		出生児の生年月日		令和 年 月 日	
被保険者と 出生児の続柄				出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか		ある ・ ない	
当健保組合の資格を喪失後、家族(夫など)の被扶養者となったときはその健保組合の名称など		健保組合(会社)名					
		電話番号					
被扶養者が出産前6ヵ月以内に被保険者として他の健保組合に加入していた場合はその健保組合の名称など		健保組合(会社)名					
		加入期間 令和 年 月 ~ 令和 年 月					
給付金の振込先 (被保険者名義)		銀行 農協組合 信用金庫 労働金庫 信用組合		支店		普通 口座番号 当 座 その他	

(医師等が証明するところ) ※ 証明の代わりに医師、助産師、市区町村長の証明がある出生届などの写しを添付してもよい

出産した年月日	令和 年 月 日	生産または 死産の別	生産 ・ 死産 (死産のとき妊娠 ヵ月 ・ 週 ・ 日)
出生児の数	単 胎 ・ 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 日提出 所 在 地 名 称 氏 名 電話番号			

(添付書類)

- ① 直接支払制度利用の有無[利用しない旨]に関する合意文書の写し
- ② 出産費用についての領収書の写し(産科医療補償制度加入機関の場合は、制度加入証明の印が必要)

(事業主が証明するところ)

上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日 事業主の 所 在 地 名 称 事業主氏名			
印			
オークマ健康保険組合理事長 殿			

(健保使用欄)

法定給付支給額	円	理事長	常務理事	事務長	担当者
健保受付年月日	入力年月日	支払年月日	備 考		