人材派遣健康保険組合　御中

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

**※ 直接支払制度を利用の方の請求書ではありません**

**ご確認ください**

◎提出先…派遣会社在籍中▼派遣会社の社会保険事務担当部署、任意継続期間中または退職後▼当組合給付課
◎医療機関等から交付される「代理契約に関する文書の写し」を添付してください。
◎退院時に精算をした出産費用の「領収書（産科医療保障制度加入の有無記載があるもの）の写し」を添付してください。
◎在職中に氏名変更の手続をしていない場合は婚姻受理証明等の「旧姓・新姓両方が確認できる公的書類」を添付してください。

## 被保険者（本人）が記入するところ

| Ⓐ健康保険証 記号 | Ⓐ健康保険証 番号 | Ⓑ所属する派遣会社 | 名称 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 所在地 | |

| Ⓒ被保険者の（請求者）氏名と印 | (フリガナ) ㊞ | Ⓓ生年月日 | Ⓔ日中連絡のとれる電話番号 |
|---|---|---|---|
| | | 昭和・平成 年 月 日 | |

| Ⓕ被保険者の（請求者）住所 | 郵便番号 〒 | (フリガナ) |
|---|---|---|
| | | |

| Ⓖ出産年月日 | Ⓗ生産児数 | Ⓘ死産児数 | Ⓙ死産のときはその旨と妊娠経過期間 |
|---|---|---|---|
| 平成 年 月 日 | 人 | 人 | （妊娠 ヶ月・ 週） |

| Ⓚ出生児の氏名 | (フリガナ) |
|---|---|
| | |

**Ⓛ被保険者（本人）が出産した場合**

当組合資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について

| 健保等の名称 | 被保険者氏名 | 記号・番号 |
|---|---|---|
| | | |

**Ⓜ被扶養者（家族）が出産した場合**

| 氏名 (フリガナ) | 続柄 | 生年月日 昭和・平成 年 月 日 |
|---|---|---|
| | | |

当組合加入6ヶ月以内に出産した場合、以前加入していた健康保険について

| 健保等の名称 | 本人・家族 | 記号・番号 | 加入時の氏名 | 加入期間 ★ |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 昭和・平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 ヶ月 |

※ ★の期間と当組合に加入してから出産までの期間を合わせて6ヶ月以上ない場合は、さらに裏面へ記入

**Ⓝ支払金融機関の欄**

| 銀行・金庫・農協 | 本店・支店 出張所・営業部 | 支店コード |
|---|---|---|
| | | |

| 預金種別 | 1：普通 | 口座番号 | 口座名義人（請求者） | (カタカナで記入) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**Ⓞ受取代理人の欄**

**振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入・捺印のこと(同一筆跡・同印影は不可)**

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　委任者と代理人との関係

平成 年 月 日

被保険者（請求者） 氏名 ㊞ 住所 〒

| 代理人の氏名と印 (フリガナ) ㊞ | 代理人の住所 (フリガナ) 〒 |
|---|---|
| | |

## 医師・助産師が証明するところ

| 出産した年月日 | 平成 年 月 日 | 生産または死産の別 | 生産・死産（妊娠 ヶ月 週） |
|---|---|---|---|
| 出産児の数 | 単胎・多胎（ 児） | 備考 | |

上記のとおり相違ないことを証明する。　平成 年 月 日

医療機関の所在地・名称

医師・助産師名 ㊞

電話番号

## 市区町村長が証明するところ

| 本籍 | | 筆頭者氏名 | |
|---|---|---|---|
| 出生年月日 | 平成 年 月 日 | 出生児氏名 | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | 出生届出日 | 平成 年 月 日 |

市区町村長名 ㊞

電話番号

受付日付印　平成 年 月 日提出

## 健保記入欄

| 資格取得（認定）日 | 年 月 日 | 現存 |
|---|---|---|
| 資格喪失（削除）日 | 年 月 日 | 喪失後 |
| 法定 | | 円 |

JHK1303K05