人材派遣健康保険組合　御中

記入例

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：7000　番号：111111

Ⓑ所属する派遣会社 名称：けんぽスタッ　所在地：東京都港区六

任意継続被保険者の方は 名　称：「任意継続」と記入 所在地：記入不要

Ⓒ被保険者の（請求者）氏名と印：（フリガナ）ハケン　タロウ　派遣　太郎　派遣太郎 ㊞

Ⓓ生年月日：昭和 4年9月12日

Ⓔ日中連絡のとれる電話番号：03-6892-3315

Ⓕ被保険者の（請求者）住所：郵便番号 112-0013　（フリガナ）トウキョウトブンキョウクオトワ　東京都文京区音羽2-10-2

Ⓖ出産年月日：平成23年10月20日

Ⓗ生産児数：1人　Ⓘ死産児数：0人

Ⓙ死産のときはその旨と妊娠経過期間：1 該当せず（妊娠　ヶ月・　週）

Ⓚ出生児の氏名：（フリガナ）ハケン　ジロウ　派遣　次郎

Ⓛ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 2

氏名	続柄	生年月日
（フリガナ）ハケン　ハナコ　派遣　花子	妻	昭和 平成 5年0月0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 ★
千代田区 国民健康保険	本人・家族	2471-9841	健保　花子	昭和 平成 23年4月1日 ～ 平成 23年9月1日 5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：ひまわり　銀行・金庫・農協　四谷　本店・支店　出張所・営業部　支店コード 123

預金種別：1：普通　口座番号：1231231　口座名義人（請求者）（カタカナで記入）：ハケン　タロウ

3 Ⓞ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 23年10月20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 23年10月25日

医療機関の所在地・名称：〒102-0083 東京都千代田区麹町5-3-3 音羽産婦人科医院

医師・助産師名：音羽　一郎　音羽

電話番号：03-3333-3333

4

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

平成 24年 2月 5日提出

❶生産の場合は該当せず、死産の場合は死産と記入し妊娠経過期間を記入してください。
❷被扶養者が当組合扶養認定後6ヶ月以内に出産した場合に記入してください。
❸給付金の受取を代理人に委任する場合は、委任者と受取代理人それぞれの署名・捺印が必要です。
❹出産（出生）の証明は、医師・助産師または市区町村長、どちらか一方で受けてください。

JHK1303K05_E（家族）