

ご確認
ください

**健康保険 被保険者
家 族**

出産育児一時金請求書

※ 出産費資金貸付制度を利用する場合は対象外です

- ◎ 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
- ◎ 資格喪失後6ヶ月以内の出産予定の方は、「現在加入している保険証の写し」を添付してください。
- ◎ 資格喪失後出産の方は現加入健保組合に受給できる出産育児一時金の額をご確認の上選択してください。
- ◎ 在職中に氏名変更の手続き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	④健康保険証		⑤ 名称		所在地	
	記号		番号		所在地	
	③被保険者の (請求者) 氏名と印		⑥ 昭和 平成		⑦日中連絡のとれる電話番号	
	⑧被保険者の (請求者) 住 所		郵便番号		(フリガナ)	
	⑨ 出産予定 年月日		⑩出産児 の予定数		単胎・多胎(児)	
	① 被保険者 (本人)が 出産予定 の場合		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	
	② 被扶養者 (家族)が 出産予定 の場合		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	
	④ 出産する 医療機関の		名称		所在地	
	⑤ 支払金融 機関の欄		預金種別		口座番号	
	⑥ 受取代理人の欄		甲()は、医療機関等である乙()を代理人と定め、次の権限を委任する。		また、甲は出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。	

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
	出 産 予 定 数	単胎・多胎(児)	
	医療機関	円	被保険者

受付日付印 平成 年 月 日提出