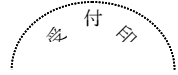


被保険者出産育児一時金請求書【記入見本】



健康保険 被保険者 家 出産育児一時金 請求書

イオン健康保険組合 理事長 殿

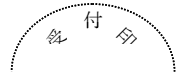
下記のとおり請求します。

令和 ○ 年 6 月 10 日

| | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|--------------|---|--|--------------|-----------|------------------|
| 被 保 険 者 （ 請 求 ） 記 入 欄 | 被保険者証の 記号と番号 | 24 | 950000 | 事業所名 | (株)コックス | | 部・室 店名 | 人事部 |
| | 被保険者の 氏名 | 中田 秋子 | | 被保険者の 住所 | 〒 262 - 0000 千葉県花見川区〇〇2-3 TEL 043 (〇〇〇) ×××× | | | |
| | ※1) 医療機関等から交付された「合意文書」と「領収・明細書」（産科医療補償制度加入の場合は所定の押印済みのもの）のコピーを添付して下さい。 ※2) 女子被保険者が退職後6か月以内に分娩して請求する場合は、現在（分娩日に）加入している保険証のコピーを添付して下さい。 | | | | | | | |
| | 分娩 年月日 | 平 〇 年 6 月 2 日 | 死産の時は その旨 | (妊娠 か月) | | | | |
| | 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか | ある・なし | | 出生児が被扶養者で ないときはその理由 | ○ 夫の扶養にする 2. その他 () | | | |
| | 被扶養者の氏名 | | | 続柄 | 生年月日 | | 年 月 日 | |
| | Q1. 当組合の被扶養者となって6か月以内の分娩ですか。 (はい・いいえ) Q2. Q1で「はい」と答えた方、当組合加入以前（扶養に入る前）の保険について記入して下さい。 | | | | | | | |
| | 1. 国民健康保険（市区町村名：) 2. イオン健康保険組合 3. 健康保険組合 4. 全国健康保険協会（支部名：) 5. 共済組合 いずれかに○ | | | | 加入していた 健保組合 等の所在地 | TEL () | | |
| | 加入時の 記号・番号 | | | | 加入時の 氏名 | | | |
| | 送金銀行 （ゆうちょ銀行可） | みずほ | 銀行 信金 | 千葉 | 本店 支店 | 口座 番号 | 1234567 | フリガナ 口座名義 |
| ※2) 在籍者は、原則として給与口座（ゆうちょ銀行不可）をご記入下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、下記委任状の記入が必要です。 ※3) この委任状の欄は、被保険者名義以外の口座へ送金を希望される場合のみご記入下さい。 | | | | | | | | |
| 委 任 状 | イオン健康保険組合 理事長 殿 | | | | 令和 年 月 日 | | | |
| | 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。 | | | | | | | |
| | 被保険者の 住所 | 〒 | | 被保険者の 氏名 | | | | |
| 代理人の 住所 | 〒 | | 代理人の 氏名 | | | 被保険者 との関係 | | |
| 医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 証 明 欄 | (医師・助産師が証明するとき市区町村長の証明は不要です。) | | | | | | | |
| | 分娩した 年月日 | 平 〇 年 6 月 2 日 | | 左記のとおり相違ないことを証明する。 令和 ○ 年 6 月 5 日 | | | | |
| | 生産又は 死産の別 | 生産 死産 (妊娠 か月 週) | | 医療施設の名称・所在地 高槻市 × × 1-1 〇〇病院 | | | | |
| | 出生児の数 | 単胎・多胎 (児) | | 医師・助産師名 医師 〇〇 〇〇 | | | | |
| (市区町村長証明欄 （生産の場合のみ）) | (市区町村長が証明するとき医師・助産師の証明は不要です。) | | | | | | | |
| | 本籍 | | | 左記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 | | | | |
| | 出生届 出日 | 平・令 年 月 日 | 出生届 出日 | 平・令 年 月 日 | 市区町村長名 | | | |
| | 筆頭者 氏名 | | | 医師ではなく市区町村 による証明の場合は市 区町村長の押印が必 要です。 | | | | |
| 組 合 処 理 欄 | 支 給 額 | | | | 台 帳 照 会 | | | |
| | 出産育児一時金 ¥ | | | | 家族出産育児一時金 ¥ | | | |
| | | | | | 被 保 険 者 | ・ | ・ | 取 得 |
| | | | | | 被 扶 養 | ・ | ・ | 喪 失 認 定 |
| | 支給決定 | | | | 出納日印 | | | |
| 決定年月日 | | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 | 令和 | | |

※注意事項は裏面参照

家族出産育児一時金請求書【記入見本】



健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 請求書

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり請求します。

令和 ○ 年 6 月 10 日

| | | | | | | | | | |
|---|--|-----------|--------------|--------------------------------|---|--------------------------------------|------------------|----------------------------|------------------|
| 被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 欄 | 被保険者証の 記号と番号 | 8 | 900000 | 事業所名 | イオンリテール(株) | | 部・室 店名 | 高槻店 | |
| | 被保険者の 氏名 | 田中 春夫 | | 被保険者の 住所 | 〒 569 - 0000 高槻市○○町3-5-2 TEL 0726 (○○) ×××× | | | | |
| | ※1) 医療機関等から交付された「合意文書」と「領収・明細書」（産科医療補償制度加入の場合は所定の押印済みのもの）のコピーを添付して下さい。 ※2) 女子被保険者が退職後6か月以内に分娩して請求する場合は、現在（分娩日に）加入している保険証のコピーを添付して下さい。 | | | | | | | | |
| | 分娩 年月日 | 平・令○年6月2日 | 死産の時は その旨 | (妊娠 か月) | | | | | |
| | 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか | ある・ない | | 出生児が被扶養者で ないときはその理由 | 1. 夫の扶養にする 2. その他 () | | | | |
| | 被扶養者の氏名 | 田中 夏子 | | 続柄 | 妻 | 生年月日 | 49年10月1日 | | |
| | Q1. 当組合の被扶養者となって6か月以内の分娩ですか。 (はい・いいえ) | | | | | | | | |
| | Q2. Q1で「はい」と答えた方、当組合加入以前（扶養に入る前）の保険について記入して下さい。 | | | | | | | | |
| | 1. 国民健康保険（市区町村名：) 2. イオン健康保険組合 3. 健康保険組合 ④ 全国健康保険協会（支部名 大阪支部 共済組合 | | | | 加入してい た健保組合 等の所在地 | 大阪市中央区平野町2-3-7 TEL 06 (6201) ×××× | | | |
| | 加入時の 記号・番号 | | | | 高よいへ 2768 | 加入時 の氏名 | 山本 夏子 | | |
| ゆうちょ銀行 不可 | | みずほ | 銀行 信金 | 高槻 | 本店 支店 | 口座 番号 | 1234567 | フリガナ 口座名義 | タナカ ハルオ 田中 春夫 |
| ※2) 在籍者は、原則として給与口座（ゆうちょ銀行不可）をご記入下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、下記委任状の記入が必要です。 ※3) この委任状の欄は、被保険者名義以外の口座へ送金を希望される場合のみご記入下さい。 | | | | | | | | | |
| 委 任 状 | イオン健康保険組合 理事長 殿 | | | | 令和 年 月 日 | | | | |
| | 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。 | | | | | | | | |
| 被保険者の 住所 | | 〒 | | 被保険者の 氏名 | | | | | |
| 代理人の 住所 | | 〒 | | 代理人の 氏名 | | 被保険者 との関係 | | | |
| 医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 証 明 欄 | (医師・助産師が証明するとき市区町村長の証明は不要です。) | | | | | | | | |
| | 分娩した 年月日 | 平・令○年6月2日 | | 左記のとおり相違ないことを証明する。 令和○年6月5日 | | | | | |
| | 生産又は 死産の別 | 生産 | | 死産(妊娠 か月 週) | | 医療施設の名称・所在地 高槻市××1-1 ○○病院 | | | |
| 出生児の数 | 単胎 | | 多胎 (児) | | 医師・助産師名 医師 ○○ ○○ | | | | |
| (市区町村長証明欄 （生産の場合のみ） | (市区町村長が証明するとき医師・助産師の証明は不要です。) | | | | | | | | |
| | 本籍 | | | 左記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 出生 年月日 | 平・令 年 月 日 | 出生 年月日 | 平・令 年 月 日 | 市区町村長名 医師ではなく市区町村 による証明の場合は市 区町村長の押印が必 要です。 | | | | |
| 組 合 処 理 欄 | 支 給 額 | | | | | | 台 帳 照 会 | | |
| | 出産育児一時金 ¥ | | | | 家族出産育児一時金 ¥ | | 被 保 険 者 | 取 得 喪 失 認 定 | |
| | | | | | | | 被 扶 養 | | |
| | 支 給 決 定 | | | | | | 出 納 日 印 | | |
| 決定年月日 | | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 | 令和 | | | |
| 令和 | | | | | | | | | |

※注意事項は裏面参照