

被保険者 出 産 育 児 一 時 金
家 族 出 産 育 児 一 時 金 付 加 金

請 求 書

(内払金)

(注意事項)

3 2 1
⑨から⑫までの訂正箇所には⑬欄と同じ印を押して下さい。
④の欄はそれぞれ該当する数字を丸でかこんで下さい。
⑩印はハッキリ押して下さい。
④・⑧欄は被保険者資格喪失後の分べんであるときは、その資格喪失年月日を記載して下さい。
⑤・⑥の請求書には、医療機関発行の代理契約同意書及び出産費用内訳明細書の写しを添付して下さい。

※ 支給 支払 決議書	同 年 月 日		令和 年 月 日		常務理事		事務長		確 認		担 当		
	支 払 年 月 日		令和 年 月 日										
	支 払 金 額												
	法定				支払決裁年月日		令和 年 月 日						
	付加				摘 資 得		年 月 日		年 月 日				
				要 格 喪				年 月 日					

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険		記 号		被保険者氏名									
			番 号											
	① 出 産 し た 者		1 . 被 保 険 者		2. 家族(被扶養者)		事業所の名称							
	② 家族の場合はその方		(ア)氏名				(イ)生年月日		昭和・平成 年 月 日					
	③ 出産した年月日		生 年 月 日		令和 年 月 日		④ 生産または死産の別		1 . 生 産		2 . 死 産		3. 生産・死産混在	
	⑤ 生産の場合出生人数				人		⑥ 死産の場合死産児数				人		死産の場合妊娠経過期間 満 週	
	⑦ 出産した医療機関等		(ア) 名 称								(イ) 所 在 地			

被保険者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は以下のいずれかに、記載をお願いします。(※)
※健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。

被保険者本人の退職等により、健康保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に生産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号	保険者名					
	電話番号					
	記 号		番 号			
	保険者名					
	電話番号					
	記 号		番 号			

上記のとおり 出 産 育 児 一 時 金		及び同付加金を請求いたします。	
令和 年 月 日		〒	
住所			
被保険者の氏名			
サンリオ健康保険組合殿		TEL ()	

振込を希望する銀行等の名称		預金の種類及び口座番号	
※三菱UFJ銀行の口座をお持ちの方は、当該口座の指定をお願いいたします。			
銀行 支店		正確に「フリガナ」をふってください	
信用金庫		フリガナ	
普通 口座番号		口 座 名 義 人	
当座			

□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入)							
※出産育児一時金等の直接支払制度を利用されるときは、下記の証明は不要です。							
医師・助産婦又は市区町村長の証明するところ	⑨ 分べんした年月日		令和 年 月 日		⑪ 備 考		
	⑩ 生産、または死産の別		生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)				
	うえのとおり相違ないことを証明する。					令和 年 月 日	
	⑫ 職名 () ⑬ 住所 ⑭ 氏名					TEL () ⑮ 印 ⑯	