

該当にマル

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) 3. 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。

青枠内 → 被保険者が記入

点線(赤枠)内 → 直接支払制度を利用しない方のみ、病院または市区町村の証明が必要

書	加	要		格	喪	年 月 日		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険	記号 番号	被保険者氏名					
	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	被保険者の配偶者が出産した場合は配偶者氏名を記入			(イ)生年月日	被保険者の配偶者が出産した場合は配偶者の生年月日を記入	
	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				⑧備考		
		(イ) 所在地						
<p>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。(※)</p> <p>※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。</p>								
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か月以内に出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				
被保険者の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号			保険者名					
			電話番号					
			記号	番号				
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日 円</p> <p>住所 被保険者の _____ 氏名 _____</p> <p>サンリオ健康保険組合殿 TEL ()</p>								
振込を希望する銀行等の名称			預金の種類及び口座番号					
<p>※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。</p> <p style="text-align: center;">被保険者(本人)名義の口座を記入</p> <p style="text-align: center;">※できましたら「三菱UFJ銀行」の口座を指定願います</p>								
普通 口座								
<input type="checkbox"/> マイナンバー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 <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合は上記の欄を記入)								
<p>※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。</p>								
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	⑩					
	<p>直接支払制度を</p> <p>利用する人 → この欄は記入不要</p> <p>利用しない人 → 病院または市区町村の証明がこの欄に必要</p>							
			TEL	()				

5. この請求書には、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。