

【記入見本】

青字の箇所をご記入ください。

健康保険 出産育児一時金請求書

☐ 被保険者  
☒ 家族

必ず押印してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	必ずご記入ください	① 被保険者証の記号番号	記号 100 番号 12345	▲アストラゼネカ社員: 100 アレクシオンファーマ社員: 300		(フリガナ) タナカ タロウ 田中 太郎	③		
		④ 連絡先(電話番号)	▲日中必ず連絡のつくところをご記入ください。		(昭和 平成 50 年 11 月 11 日生)				
		⑤ 出産年月日	令和 1 年 5 月 15 日	⑥ 出生児数	1 人	⑦ 死産のとき	妊娠 1 月 週		
		⑧ 家族が出産したときはその者の氏名及び生年月日	田中 花子 昭和 平成 55 年 10 月 10 日生		⑨ 出生児の氏名	田中 次郎			
		⑩ 給付金の支払いについて	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者は在職中である。⇒ 給与振込 <input type="checkbox"/> 被保険者は退職者である。又は、任意継続被保険者である。⇒ 請求者の金融機関口座に支払います。						
		⑪ アストラゼネカ株式会社 代表取締役 堀井 貴史を代理人と定め、この請求に基づく給付金の受領を委任します。	被保険者の氏名及び印 田中 太郎						
		⑫ 在職中の方のご請求の場合は、記入不要です。	銀行	金融機関コード	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
		⑬ 振込希望	信用金庫		口座番号				
		⑭ (フリガナ)	本店	支店コード	名義	(フリガナ)			
		⑮ 委任状	この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。						

医 師 又 は 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	① 医師又は、助産師の証明をお願いします。	② 出産予定年月日	令和 年 月 日	③ 生産・死産の別	・ 生産 ・ 死産 (妊娠第 週又は第 月)	④ 単胎・多胎妊娠の別	・ 単胎 ・ 多胎 ( 児)
	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日	医療機関等の	所在地	この欄の証明は、住民票のコピー、母子手帳(出生届出済証明※父母の氏名、市区町村長の印のあるもの)のコピーなどで医師の証明に代えることもできます。		
	医師又は助産師の	氏名・印					
	TEL	-	-				

【添付書類】

- ・ 出産育児一時金申請・受取代理契約書 (不合意) 控の写し
- ・ 「産科医療補償制度」に加入する医療機関において出産した場合は、**産科医療補償制度加入機関証明スタンプ押印のある領収書**写し

[ 受 付 印 ]

※記入上の注意

1. 印ははっきり押し、印もれのないようにしてください。なお、訂正したときは③と同じ印を訂正印として押してください。(印鑑は認印可。スタンプ印・日付印は不可。)
2. ①には③と同じ印を押印してください。
3. 退職者(任意継続被保険者)で、被保険者(請求者)本人名義以外の口座に振込みを希望するときは、⑬により代理人に給付金の受領委任をしてください。なお、そのときは⑬に③に押した印と同じ印を押してください。
4. ⑩及び⑫の口には該当の事項に✓を入れてください。
5. 医師又は助産師の証明に代えて、出生児の戸籍抄本、住民票、出生届の受理証明書(母子の氏名、生年月日記載されたものに限る)の添付でも差し支えありません。なお、戸籍抄本、住民票は原本に限ります。