

款	支給額
項	
目	円

常務理事	事務長	主任	事務	担当者

アンリツ健康保険組合御中 被保険者 家族 出産育児一時金 請求書 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者	記号	番号	氏名	
	住所	TEL			
	以下により請求します。ただし、保険給付金の在職中受領を下記事業主に委任します。				
	分べん年月日	令和 年 月 日	分べんのため 入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
	直接支払制度の利用	有 ・ 無			
	被扶養 者が分 べんし た場合	被扶養者氏名	生年月日	昭・平 年 月 日	続柄
		被扶養者が加入 していた健康保 険等の内容	保険者名	入社日	昭・平・令 年 月 日
	被保険 者が退 職後分 べんの 場合	現在加 入の保 険につ いて	保険者名	健康保険組合 全国健康保険協会(協会けんぽ) 国民健康保険	TEL
			所在地	退職日 令和 年 月 日	
			被保険者名	扶養認定日	令和 年 月 日
退職者記入	退職後(退職予定者)の請求の場合は、本人名義の振込口座をご記入下さい。 ※ゆうちょ銀行は不可				
	金融機関名	支店名	種類	口座番号	
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 口座名義	
被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)				備考欄	

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	分べん年月日	令和 年 月 日	分べん時の状態	正常 ・ 異常
	生産または死産の別	生産(妊娠 ヲ月) ・ 死産(妊娠 日)		
	胎児の数	単胎 ・ 多胎(児)	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日	
	入院分べんの場合 の費用請求	自費 ・ 健康保険 公費 ・ その他	住所 医療機関名称 医師・助産師名 TEL	Ⓧ
	お願い	・訂正箇所には訂正印を押印願います ・住所・医療機関名称はゴム印を押印願います		

事業主証明欄	この請求が正しいことを証明します。 委任を受けた保険給付は当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。 令和 年 月 日 事業所名 事業主(代理人)名
--------	--

健 保 組 合 記 入 欄	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	任意継続	令和 年 月 日取得	家族	扶養認定日	平・令 年 月 日
	資格喪失日	令和 年 月 日	¹³⁰⁰⁻	令和 年 月 日喪失		退職日	令和 年 月 日
	生産	1児 児	被保険者	産科医療補償制度加入	488,000円× 児	合計金額	円
	死産	1児 児	家族	(領収書提出) 有 無	500,000円× 児	<input type="checkbox"/> 22週 以降	受付NO
出産日	令和 年 月 日	備考				受付年月日	

【添付書類】①直接支払制度の合意文書(利用しない旨記載)の写し
②医療機関発行の領収書・明細書(直接支払制度を利用していない旨記載)の写し
産科医療補償制度加入の場合、領収書等に制度加入を証明するスタンプが押印されていること