

|   |       |      |     |     |     |     |     |
|---|-------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 款 | 支 給 額 | 常務理事 | 事務長 | 主 任 | 事 務 | 事 務 | 担当者 |
| 項 |       |      |     |     |     |     |     |
| 目 | 円     |      |     |     |     |     |     |

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<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄                                                            | 被保険者証                                          |                             | 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<br>入院した期間 |      | 令和    |     | 年   |   | 月 |    | 日から    |  |  |
|                                                                                            | 直接支払制度の利用                                      |                             |      | 有 ・ 無 |      |       |                                                            |      |                                     |     |                  |      | 令和    |     | 年   |   | 月 |    | 日まで 日間 |  |  |
|                                                                                            | 被扶養<br>者が分<br>べんし<br>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<br>していた健康保<br>険等の内容 |      |       | 保険者名 |       |                                                            |      |                                     |     | 入社日              |      | 昭・平・令 |     | 年   |   | 月 |    | 日      |  |  |
|                                                                                            |                                                |                             |      | TEL   |      |       |                                                            |      |                                     | 退職日 |                  | 令和   |       | 年   |     | 月 |   | 日  |        |  |  |
|                                                                                            | 被保険<br>者が退<br>職後分<br>べんの<br>場合                 | 現在加<br>入の保<br>険につ<br>いて     | 保険者名 |       |      |       |                                                            |      | 健康保険組合<br>全国健康保険協会(協会けんぽ)<br>国民健康保険 |     |                  | TEL  |       |     |     |   |   |    |        |  |  |
|                                                                                            |                                                |                             | 所在地  |       |      |       |                                                            |      |                                     |     |                  |      |       |     |     |   |   |    |        |  |  |
| 被保険者名                                                                                      |                                                |                             |      |       |      | 扶養認定日 |                                                            | 令和   |                                     | 年   |                  | 月    |       | 日   |     |   |   |    |        |  |  |
| 退<br>職<br>者<br>記<br>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                             |     |                  | フリガナ |       |     |     |   |   |    |        |  |  |
|                                                                                            |                                                |                             |      |       |      |       | <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座 |      |                                     |     |                  | 口座名義 |       |     |     |   |   |    |        |  |  |
| 被保険者証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<br>(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<br>師<br>・<br>助<br>産<br>師<br>の<br>証<br>明<br>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<br>の費用請求 |  | 自費 ・ 健康保険<br>公費 ・ その他                      |  | 住所<br>医療機関名称<br>医師・助産師名<br>TEL |  |   |  |   |  |         | Ⓔ        |         |  |
|                                                | お願い               |  | ・訂正箇所には訂正印を押印願います<br>・住所・医療機関名称はゴム印を押印願います |  |                                |  |   |  |   |  |         |          |         |  |

|                            |                                               |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|-----------------------------------------------|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事<br>業<br>主<br>証<br>明<br>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<br><br>事業主(代理人)名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                 |       |    |       |                  |             |  |            |  |   |      |                                    |      |  |   |       |   |  |     |  |        |       |  |     |  |   |  |   |  |   |  |
|---------------------------------|-------|----|-------|------------------|-------------|--|------------|--|---|------|------------------------------------|------|--|---|-------|---|--|-----|--|--------|-------|--|-----|--|---|--|---|--|---|--|
| 健<br>保<br>組<br>合<br>記<br>入<br>欄 | 資格取得日 |    | 昭・平・令 |                  | 年           |  | 月          |  | 日 |      | 任意継続                               | 令和   |  | 年 |       | 月 |  | 日取得 |  | 家<br>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<br>・<br>家 族 | 産科医療補償制度加入  |  | 488, 000円× |  | 児 | 合計金額 |                                    | 円    |  |   |       |   |  |     |  |        |       |  |     |  |   |  |   |  |   |  |
|                                 | 死産    | 1児 | 児     |                  | (領収書提出) 有 無 |  | 500, 000円× |  |   | 児    | <input type="checkbox"/> 22週<br>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

2507K05