

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金請求書

請 求 者 記 入 欄	被保険者の記号・番号	記号	番号				
	被保険者氏名	印					
	被保険者生年月日	年	月	日			
	被保険者住所及び電話番号	〒 -					
	事業所名称	TEL ()					
	被扶養者の分娩であるときは被扶養者氏名及び生年月日	氏名	続柄	生年月日			
	分娩年月日及び生産・死産の別	年	月	日	生産児数	人	死産児数
	出生児氏名 (多胎分娩の場合は全員)						
	該当する支給要件はどちらですか？	ア) 被保険者期間中の分娩 イ) 資格喪失後6ヶ月以内の分娩 (下記の欄も記入して下さい)					
		現在加入の保険制度は？ 保険者名も記入！	(保険者名)	健康保険組合・共済組合 社会保険事務所 国民健康保険(組合)			
	現在加入保険の被保険者名						
	現在加入保険の記号・番号	(記号)	(番号)				
	この分娩に関して、他の制度から給付を受けられますか？	いいえ ・ はい 制度名・給付の種類()					
	振込希望金融機関 (カナで記入して下さい)	金融機関名	支店名	種別	口座番号		口座名義
		銀行 信金 信組 農協	支店	1.普通 2.当座			

明 す る と こ ろ	分娩予定年月日	平成	年	月	日	分娩年月日	平成	年	月	日
	出生児の数	単胎・多胎(人)				生産・死産の別	生産・死産 妊娠第 週			
	上記のとおり相違ないことを証明する									
	平成 年 月 日									
	医療機関等の所在地名称・電話番号 医師又は助産婦の氏名・印									
	又は 市区町村長の氏名・印									
	印									

P & Gグループ健康保険組合 TEL 078-845-7100

ご提出に際しての注意事項

平成 21 年 1 月より「産科医療補償制度」が開始されました。この制度に加入された機関での分娩については、公的に定められた金額（現在は3万円）が出産育児一時金に加算されます。この加算を受けるためには「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押された領収書を添付してご提出いただく必要があります。