



健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 請求書

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

被保険者 (請求者) 記入欄	被保険者証の 記号と番号		事業所名		部・室 店名	
	被保険者の 氏名	〒	被保険者の 住所		TEL ()	
	※1) 医療機関等から交付された「合意文書」と「領収・明細書」(産科医療補償制度加入の場合は所定の押印済みのもの)の コピーを添付して下さい。					
	※2) 女子被保険者が退職後6か月以内に分娩して請求する場合は、現在(分娩日に)加入している保険証のコピーを添付して下さい。					
	分娩 年月日	平成 年 月 日	死産の時は その旨	(妊娠 か月)	出生児 の氏名	
	出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	ある・ない	出生児が被扶養者で ないときはその理由	1. 夫の扶養にする 2. その他 ()		
	被扶養者が 分婉したとき	被扶養者の氏名	続柄	生年月日	年 月 日	
	Q1. 当組合の被扶養者となって6か月以内の分娩ですか。 (はい・いいえ)					
	Q2. Q1で「はい」と答えた方、当組合加入以前(扶養に入る前)の保険について記入して下さい。					
	1. 国民健康保険(市区町村名:) 2. イオン健康保険組合 3. 健康保険組合 4. 全国健康保険協会(支部名:) 5. 共済組合 いずれかに○					
送金銀行 *ゆうちょ銀行不可	銀行 信金	本店 支店	口座 番号	フリガナ 口座名義		
※3) 在籍者は、原則として給与口座(ゆうちょ銀行不可)をご記入下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、下記委任状の記入が必要です。						
※4) この委任状の欄は、被保険者名義以外の口座へ送金を希望される場合のみご記入下さい。						
委任状	イオン健康保険組合 理事長 殿 平成 年 月 日 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 ※シャチハタ印は使用しないで下さい。					
	被保険者の 住所	〒	被保険者の 氏名と印	印	被保険者 との関係	
	代理人の 住所	〒	代理人の 氏名と印	印		
医師・助産師又は市区町村長証明欄	(医師・助産師が証明するとき市区町村長の証明は不要です。)					
	分娩した 年月日	平成 年 月 日	左記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日			
	生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 か月 週)	医療施設の名称・所在地			
	出生児の数	単胎・多胎(児)	医師・助産師名 印			
市区町村長証明欄	(市区町村長が証明するとき医師・助産師の証明は不要です。)					
	本籍	左記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日				
	出生届 出日	平成 年 月 日	出生 年月日	平成 年 月 日	市区町村長名	
	筆頭者 氏名	出生児 氏名	印			
組合処理欄	支給額				台帳照会	
	出産育児一時金 ¥		家族出産育児一時金 ¥		被 保 険 者 被 扶	取 得 喪 失 認 定
	支給決定				出納日印	
	決定年月日	常務理事	事務長	課長	係	平成
	平成					

請求時の注意事項

出産育児一時金は分娩に要する(直接的)費用に充当するべく支給されるもので、妊娠4か月以上の分娩で、出産育児一時金の直接支払制度と出産育児一時期の受取代理制度を利用しなかったとき請求できます。

	被保険者出産育児一時金	家族出産育児一時金
請求できる要件	<ul style="list-style-type: none"> 女子被保険者が在籍中に分娩したとき 女子被保険者で被保険者期間が1年以上あったものが退職後6か月以内に分娩したとき 	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の在籍中に被扶養者である家族が分娩したとき
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> 退職後6か月以内の分娩で請求する場合は、在籍時の氏名にて請求して下さい。 退職後6か月以内の分娩で請求する場合は、現在(分娩日に)加入している保険証のコピーを添付して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族が当組合の被扶養者となって6か月以内に分娩した場合は、「被扶養者が分娩したとき」の欄に、扶養に入る前の保険について必ず記入して下さい。

※ 医療機関等から交付された代理契約に関する文書「合意文書」(直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨と申請先となる「保険者名」が記載されています。)の写しと医療機関等から交付された「領収・明細書」(産科医療補償制度の加算対象出産である場合は証するスタンプの押印済みのもの。)の写しを添付して下さい。

出産育児一時金請求書【記入例】

<共通>

該当しない方の文字を二重線で消して下さい

<共通>

被保険者氏名を記入し、シャチハタ印以外の印を押印して下さい

<共通>

分娩日(死産の時はその旨)、出生児の氏名、扶養の有無、被扶養者でない時はその理由を記入

<家族>

被扶養者である家族が分娩した時のみ記入して下さい

<家族>

Q1は、被扶養者である家族が分娩した時は必ず記入して下さい

Q2は、Q1で「はい」と答えた方のみ記入して下さい(健康保険等の名称、住所、TEL加入時の記号・番号)

<共通>

医師・助産師又は市区町村長いづれかの証明をもらって下さい

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 請求書

イオン健康保険組合 理事長 殿 下記のとおり請求します。 平成 23年 6月 5日

被保険者証の記号と番号	30 900000	事業所名	ミニストップ㈱	部・室・店名	高槻店
被保険者の氏名	田中 春夫	住所	〒569-0000 高槻市〇〇町3-5-2		
<small>※1) 医療機関等から交付された「合意文書」と「領収・明細書」(産科医療補償制度加入の場合は所定の押印済みのもの)のコピーを添付して下さい。 <small>※2) 女子被保険者が退職後6か月以内に分娩して請求する場合は、現在(分娩日に)加入している保険証のコピーを添付して下さい。</small> </small>					
分娩年月日	平成 23年 6月 1日	死産の時はその旨	(妊娠 か月)	出生児の氏名	田中 冬美
出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		<input checked="" type="radio"/> 有る <input type="radio"/> ない		出生児が被扶養者でないときはその理由	
被扶養者の氏名	田中 夏子	続柄	妻	生年月日	49年 10月 1日
Q1. 当組合の被扶養者となって6か月以内の分娩ですか。 Q2. Q1で「はい」と答えた方、当組合加入以前(扶養に入る前)の保険について記入して下さい。					
1. 国民健康保険(市区町村名:) 2. イオン健康保険組合 3. 健康保険組合 4. 全国健康保険協会(支部名: 高槻 共済組合) 5. いずれかに○			加入していた健康保険等の所在地 高槻市萩の庄3-0-0 TEL 0726 (69) XXXX 加入時の記号・番号 高よいへ 2768 加入時の氏名 山本 夏子		
送金銀行	みずほ 信金	本店	高槻	口座番号	1234567
フラガナ		タナカ ナツコ			
支店		田中 夏子			
<small>※2) 在籍者は、原則として給与口座をご記入下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、下記委任状の記入が必要です。 ※3) この委任状の欄は、被保険者名義以外の口座へ送金を希望される場合のみご記入下さい。</small>					
委任状 イオン健康保険組合 理事長 殿 平成 23年 6月 5日 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 ※シャチハタ印は使用しないで下さい。					
被保険者の住所		〒569-0000 高槻市〇〇町3-5-2	被保険者の氏名と印		田中 春夫
代理人の住所		〒569-0000 高槻市〇〇町3-5-2	代理人の氏名と印		田中 夏子
<small>(医師・助産師が証明するとき市区町村長の証明は不要です。)</small> 左記のとおり相違ないことを証明する。					
分娩した年月日	平成 23年 6月 1日		医療施設の名称・所在地		
生産又は死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 か月 週)		平成 23年 6月 5日		
出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)		医師・助産師名		
			医師 〇〇〇〇 (印)		
<small>(市区町村長が証明するとき医師・助産師の証明は不要です。)</small> 左記のとおり相違ないことを証明する。					
本籍			市区町村長名		
出生年月日	平成 年 月 日	出生年月日	平成 年 月 日		
筆頭者名			出生児氏名		
組合処理欄 支給決定 支給決定 支給決定 決定年月日 常務理事 事務長 課長 係 平成					
出産育児一時金 ¥			家族出産育児一時金 ¥		
被扶養者 取得発生認定 被扶養者 係 被扶養者 係 被扶養者 係 被扶養者 係 出納日印					

<共通>

申請書の記入日を記入して下さい

<共通>

保険証より、記号・番号、事業所名を記入し、現在所属の部・室・店名を記入して下さい

<共通>

問合せをすることがありますので電話番号も記入して下さい
アパートは「棟・号」までを、同居のときは「〇〇方」と記入し

<女子被保険者>

被保険者が、退職後6か月以内に分娩した場合は、現在(分娩日に)加入している保険証のコピーが必要です

<共通>

在籍者は、原則として給与口座を記入して下さい
ご家族等の口座へ振込みを希望される場合は委任状欄を記入して下さい

<共通>

この委任状の欄は、ご家族等(被保険者名義以外)の口座へ振込みを希望される場合のみ記入して下さい

※注意事項は裏面参照

2011.1.1