

健康保険 被保険者 出産育児一時金・付加金請求書

| | 被保険者等 記号と番号 | 記号 | 100 | 番号 | 9999 | 被保険者 求者)のE | | 田魚 | 熊 一郎 | | |
|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----|---------------|------|---------------|------------|-------|------------------------------|----------|---------|
| 被 | 被保険者の 現 住 所 | 〒 660 — 0123 尼崎市田熊町 1 — 2 — 3 | | | | | | | | | |
| 保 | 会 社 名 | (株) タークーマ | | | | | | | | | |
| 険者が記入するとこ | 分娩した年月日 | 令和 6 | 年 8 | 月 15 | | 産または E産の別 | 生産 | • 死産 | 妊娠経過 期間 | 10 39 | ヶ月 週 |
| | 入院して分娩 したときはその 病院・産院の | 名 称 尼崎市民病院 | | | | | | | | | |
| | | 所在地 尼崎市塚口町 7-8-9 | | | | | | | | | |
| | 配偶者の分娩に よる請求である 場合は、その者の | 氏名 | 田 | 熊幸 | 子 | 生年月 | | 和 10 | 年 4 | 月 15 | 5 日 |
| 3 | * 出生児の氏名 | 田熊 幸 | | * 被保険 出生児の | | | 長男 | 保険者の被 | 出生児が被 食者の被扶養 であるか否か ない | | |
| | * 出生児が被保険者 の被扶養者でない ときはその理由 | | | | | fi | 備 考 | | • | | |

水 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記入不要です。

分娩に関し健康 牛産又は 分娩した年月日 令和 6 年 8 月 15 日 生産 死産 保険で入院の 有 死産の別 有 師 出生児の数 単 胎) • 多 胎(児) 直接支払制度 利用します)・ 助 利用しません 上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日 が記入するところ 医療施設の名称・所在地 直接払制度を利用しなかった場合は 医師・助産師名 医師等に記入してもらってください 市区町村名

- ※ 直接払制度を利用した場合、この欄は被保険者が記入してください。 医師・助産師名等の記入は不要です。
- ※ 下の 委任欄 の「被保険者 住所・氏名」も、ご記入ください。

私は 事業主 を代理人と定め、出産育児一時金 および 同付加金 の受領方を委任します。 令和 6 年 9 月 1 日 尼崎市田熊町 1-2-3 住所 委 被保険者 氏名 田熊 一郎 任 被保険者の勤務先の人事(総務)に 住所 欄 事 業 主 記入してもらってください 氏名

- ◎ 下記書類(コピーで可)を添付し、各事業所の人事(総務)経由でご提出ください。
 - ① 医療機関から交付された直接支払制度に関する同意文書のコピー
 - ② 出産費用の領収・明細書のコピー
 - ※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は「産科医療 補償制度加入機関」であることを証する所定の印が押印されたもの

健保受付印