

常務理事	事務長	担当者

※直接支払制度を利用しない方用(海外での出産は除く)

花王健康保険組合(家族) 出産育児一時金 請求書

被保険者が記入する欄	①被保険者の氏名		②氏名コード		③被保険者証の記号・番号	
	シャチハタ可 ㊞					
	④事業場・支社支店		⑤所属		⑥勤務地	
	⑦電話番号	会社	-	-	自宅	-
	⑧分娩者の氏名		⑨分娩者の生年月日		昭・平	年 月 日
	⑩分娩年月日		平成	年 月 日	⑪生産児数	⑫死産児数
					人	人
	⑬出生児の氏名		フリガナ		⑭出生児と被保険者の関係	
	⑮分娩者は花王健保の被扶養者になって6か月以内の出産ですか？		はい ・ いいえ ⇒「はい」の場合、前に加入していた健保の「不支給証明書」を添付してください。			
	該当する方に記入	↓ 在職者の場合に記入 (会社経由で、給与口座に振り込みます。)				
⑩委任状		事業主を代理人として、健康保険組合より支給される 出産育児一時金 の受領を委任します。				シャチハタ可 ㊞
↓ 任意継続、資格喪失後の場合に記入						
⑪振込希望銀行名		銀行	口座番号	1.普通	フリガナ	
	支店	店番	2.当座	名義		
証明欄	医師・助産師が証明する欄	分娩年月日	平成	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)
		単胎・多胎の別	単胎・多胎(児)		備考	
		上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 年 月 日		
	医療施設の所在地		㊞			
	医療施設の名称		㊞			
	医師・助産師の氏名		電話番号 ()			
いずれかの欄に証明	市区町村長が証明する欄	本籍			筆頭者氏名	
		出生届出日	平成	年 月 日	出生児氏名	出生年月日 平成 年 月 日
		上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 年 月 日		
市区町村長名		㊞ 電話番号 ()				

【添付書類】①と②は全員必須、③は該当者のみ

①医療機関から交付された領収・明細書の写し(費用の内訳が記されており、かつ産科医療補償制度のスタンプ印を受けているもの)

②医療機関から交付された合意文書の写し(直接支払制度を利用しない旨、申請先の保険者が当健保である旨を記したもの)

③花王健保の被扶養者になって6か月以内の出産のとき:前に加入していた健保の「不支給証明書」

【お願い】 ボールペンで記入してください。(鉛筆・消せるボールペンでの記入不可)
ご提出前に記入漏れ、捺印、添付書類、医師の証明の確認を再度お願いします。

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、人事へご相談ください。

【問合せ先】 花王健康保険組合 茅場町 ☎03-3660-7681 内線8-1-7681 /大阪 ☎06-6533-7599 内線8-2-7599

健保記入欄	支給額		円		受付番号		貸付金	
					支給日	年 月 日	あり・なし	
	被保険者	取得日	年 月 日	被扶養者	認定日	年 月 日	不支給証明書	
		喪失日	年 月 日		削除日	年 月 日	必要・不要	

健保受付印	健保処理印	健保確認印