

# 記入例

※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 <b>花王 太郎</b>		②氏名コード <b>123456</b>		③被保険者証の記号-番号 <b>1 123456</b>		
	④事業場・支社支店 <b>茅場町事業場</b>		⑤所属 <b>事サービスG</b>		⑥勤務地 <b>茅場町</b>		
	⑦電話番号	会社	- <b>7890</b> 自宅		<b>98</b>	- <b>7654</b> - <b>3210</b>	
	⑧分娩者の氏名 <b>花王 月子</b>		⑨分娩者の生年月日 <b>昭平 61年 8月 1日</b>				
	⑩分娩年月日 平成 <b>26</b> 年 <b>3</b> 月 <b>7</b> 日		⑪生産児数 <b>1</b> 人		⑫死産児数 人		
	⑬出生児の氏名 フリガナ <b>カオウ セイタ</b> <b>花王 星太</b>		⑭出生児と被保険者の関係 <b>長男</b>				
	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。				
	支 払 金 融 機 関 の 欄	↓ <b>在職者の場合に記入</b> (会社経由で、給与口座に振り込みます。)					
		⑯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。				被保険者 氏名 <b>花王 太郎</b>
		↓ <b>任意継続、資格喪失後の場合に記入</b>					
⑰振込希望	銀行	口座番号		1. 普	サイン不可		
銀行名	支店	店番		2. 当座			
				名義			

該当する方に記入

証 明 欄	医師	分娩年月日	平成 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	証明するが	単胎・多胎の別	単胎・多胎( 胎 )	備考	
	証明するが	医療施設の名前	医師・助産師の氏名	電話番号	( )
	証明する長	市区町村	出生年月日	出生年月日	出生年月日
市区町村長名		電話番号		( )	

# 医師・助産師、または 市区町村長にて証明

いずれかの欄に証明

【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		受付番号		貸付金	
	円		支給日		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