

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(本人) 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被保険者証の記号一番号		
	シャチハタ可 印						
	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分娩年月日		平成	年	月	日	⑨生産児数 人
	⑩出生児の氏名		フリガナ		⑪出生児と被保険者の関係		
該 当 す る 方 に 記 入	⑬花王健康保険組合の資格喪失後6か月以内の出産ですか?			はい ・ いいえ ⇒「はい」の場合、現在加入している健保の「不支給証明書」を添付してください。			
	↓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。)						
	⑭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				
	↓任意継続、資格喪失後の場合に記入						
	⑮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 い ず れ か の 欄 に 証 明	医師・助産師が証明する欄		分娩年月日	平成	年	月	日
	単胎・多胎の別		単胎 ・ 多胎(児)		生産・死産の別		生産 ・ 死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 年 月 日				
	医療施設の所在地		医療施設の名称		⑯ 電話番号 ()		
	医師・助産師の氏名						
市区町村証明する長欄		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
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		⑯ 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花王健保の資格喪失後6か月以内の出産のとき:現在加入している健保の「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、事業場・支社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	
		円	支給日	年 月 日
	取得日	年 月 日	喪失日	年 月 日
	貸付金	あり ・ なし	不支給証明書	必要 ・ 不要

人事担当印	健保受付印	健保処理印	健保確認印