

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(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 花王 月子		②氏名コード 123456		③被保険者証の記号-番号 1 123456		
	④事業場・支社支店 茅場町事業場			⑤所属 サービスG		⑥勤務地 茅場町	
	⑦電話番号		会社		自宅		
	-		7890		98 - 7654 - 3210		
	⑧分娩年月日 平成 27 年 3 月 7 日		⑨生産児数 1 人		⑩死産児数 人		
⑪出生児の氏名 フリガナ カオウ セイタ 花王 星太		⑫出生児と被保険者の関係 長男					
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。					
支 払 金 融 機 関 の 欄	↓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 花王 月子				
	↓任意継続、資格喪失後の場合に記入						
	⑮振込希望		銀行		口座番号		
銀行名		支店		店番			
				1. 普			
				2. 当			
				サイン不可			

該当する方に記入

いずれかの欄に証明

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		
市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	本籍	筆頭者氏名		電話番号	
	市区町村名	年 月 日	年 月 日	電話番号 ()	

医師・助産師、または 市区町村長にて証明

【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	円	受付番号	
	取得日	年 月 日	支給日	年 月 日
	貸付金	あり ・ なし	喪失日	年 月 日
			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