

常務理事	事務長	担当者

※被扶養者が海外で出産した方用

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被保険者証の記号一番号	
	シヤチハタ可 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		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。)					
	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		シヤチハタ可 印	
	↓任意継続、資格喪失後の場合に記入					
⑰振込希望	銀行	口座番号		1.普通	フリガナ	
銀行名	支店	店番		2.当座	名義	

【添付書類】(①と②は全員必須、③は該当者のみ)

①医師の証明:別資料「BIRTH CERTIFICATE」に記入いただいでください。

②分娩した医療機関等で発行された領収書のコピー

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