

常務理事	事務長	担当者

※海外で出産した方用

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－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
							⑩死産児数
							人
⑪出生児の氏名		フリガナ		⑫出生児と被保険者の関係			
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。					
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。)						
	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					
	シャチハタ可 印						
↓ 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		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	
			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	必要 ・ 不要

人事担当印	健保受付印	健保処理印	健保確認印