

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

記入例

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	
	花王 月子		123456		1	123456
	④事業場・支社・支店		⑤所属		⑥勤務地	
	茅場町事業場		事サービスG		茅場町	
	⑦電話番号	会社	12 - 3456 - 7890	自宅	98 - 7654 - 3210	
	⑧分娩年月日	平成 27 年 3 月 7 日		⑨生産児数	⑩死産児数	
				1 人	人	
	⑪出生児の氏名	カウ 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。		
	↓ 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。)					
支 払 金 融 機 関 の 欄	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					
該 当 す る 方 に 記 入	⑮振込希望	銀行	口座番号	1.普通	フリガナ	サイン不可
	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