

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金請求書

◎ 記入の方法は、裏面に書いてありますのでよくお読みください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号	54××	フリガナ	カンコウ タロウ		
	② 被保険者の氏名	管工 太郎				
	番号	第 260 号	生年月日	平成 3 年 12 月 9 日生		
	③ 被保険者の現住所	〒 196-0033 昭島市東町〇―〇―〇		TEL 0425 (26) ××××		
	④ 事業所の名称	いろはに株式会社		TEL 03 (3296) ××××		
	⑤ 被扶養者が出産したための請求であるとき	被扶養者の氏名	管工 あつ子		⑥ 被扶養者の生年月日	平成 5 年 11 月 9 日生
					⑦ 被保険者との続柄	妻
	⑧ 出産した日	令和 3 年 7 月 7 日		⑨ 死産のときは、その旨	該当せず (妊娠 〇 月 〇 週)	
	⑩ 入院して出産したときは、その病産院の名称	健康産婦人科医院		所在地	昭島市東町〇―〇―〇	
	⑪ ア) 被保険者資格喪失後6ヵ月以内の出産であるときは、夫の勤務している	勤務事業所の名称	株式会社 東版		TEL 03 (3620) ××××	
イ) 被扶養者認定後6ヵ月以内の出産であるときは、最後の勤務していた	社会保険または健康保険組合の名称	東版健康保険組合		TEL 03 (3625) ××××		
	保険証の記号・番号	記号	1002	番号	295	

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 の 証 明 す る と こ ろ	① 出産した年月日	令和 3 年 7 月 7 日	② 生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 〇 月 〇 週)		
	③ 出生児の数	単胎・多胎 (〇 児)	④ 備考			
	⑤ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 3 年 7 月 10 日					
	⑥ 医療施設の名称・所在地 〒 196-0033 昭島市東町〇―〇―〇 健康産婦人科医院					
	⑦ 医師・助産師名 西 公一 TEL 0425 (26) ××××					
	⑧ 本籍			⑨ 筆頭者氏名		
⑩ 出生届出日	令和 年 月 日	⑪ 出生児氏名			⑫ 出生年月日 令和 年 月 日	
⑬ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
⑭ 市区町村長名 〇 〇 〇 TEL ()						

支 払 い は 全 て 振 込 み に な り ま す	受領を委任するとき	この給付金の受領を、次のとおり代理人を定め委任します。 令和 3 年 7 月 20 日			※ 在職の方は、貴事業所の健保口座名義人の方に委任してください。 (事業所担当者におたずねください。)	
		被保険者 (請求者) 氏名	管工 太郎			
給 付 金 受 領 口 座	金融機関名	××× 銀行	神田	支店	受 付 日 付 印	
	口座番号	普 ^レ 通・当座 No. ××××××××				
	フリガナ	ケンボグチ イロハニ (カ) ダイヒョウ トウキョウダイスケ				
	口座名義人	健保口 いろはに株式会社 代表 東京大輔				

退職して健康保険を喪失した方、任意継続加入の方は個人口座への振込みができます。

管工業健康保険組合