

被保険者 出産育児 (付加金) 請求書
家 族 一時金

第一子ご出産の被保険者および被扶養者の方を対象に、健康情報誌「赤ちゃんとママ」を健保組合より、一年間お届けいたします。

※直接支払制度を利用しない、または、受取代理制度希望者用

T I S
インテックグループ健康保険組合

被保険者が記入するところ	①被保険者の記号・番号	記号	55	番号	555	②事業所名	*****						
	③被保険者の氏名	健保 太郎			④被保険者の生年月日	昭和 58 年 5 月 20 日 平成							
	⑤被保険者の住所	〒999-9999 富山市〇〇町1-2-3			健保から連絡する場合があります。必ず連絡のつく電話番号、メールアドレスをご記入ください。								
	⑥被保険者の電話番号	076-444-8007			⑦被保険者のメールアドレス	taro@kenpo.com							
	⑧出産年月日	令和 4 年 1 月 1 日			⑨死産のときはその旨								
	⑩出産した医療施設について	名称	〇〇クリニック		所在地	富山市〇〇町3-3							
	⑪被扶養者が出産した場合	氏名	健保 花子		生年月日	昭和 59 年 10 月 3 日 平成							
	⑫被扶養者が認定日6ヶ月以内に 出産した場合、以前加入して いた健康保険について	健保・国保等の名称			記号	88							
		〇△×健保組合 電話 123-456-789			扶養認定日6ヶ月以内の場合のみ記入								
	⑬出生児の氏名	健保 一郎			⑭出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある ・ ない							
	⑮出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由	被保険者名義の口座を正確にご記入ください。											
	⑯振込先 ※被保険者名義の 口座を記入して ください。	銀行名	〇〇銀行		口座番号	1. 普通	1	2	3	4	5	6	7
		支店名	〇〇支店		名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ							

⑰受取代理人の欄 (※受取代理制度利用の場合)	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日										
	被保険者の住所 (請求者) 氏名	受取代理制度利用の場合 被保険者が記入									
	代理人の住所 氏名	受取代理制度利用の場合 医師または助産師が記入									
振込先 ※代理人名義の 口座を記入して ください。	銀行名			口座番号	1. 普通						
	支店名			名義 (カタカナ)	2. 当座						
備考欄											令和 年 月 日 提出

市区町村の医師・助産師または 医師・助産師のいずれか	⑱ 医師 または 助産師 証 明 欄										
	出産日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)							
			単胎又は多胎の別	単胎 ・ 多胎 (児)							
	上記のとおり相違ない事を証明する。 令和 年 月 日										
	医療施設の名称・所在地			医師または助産師が記入				どちらかの証明が必要です			
	医師・助産師名										
⑲ 市 区 町 村 証 明 欄											
本 籍				筆頭者氏名							
出生児氏名				出生年月日	令和 年 月 日						
上記のとおり相違ない事を証明する。 令和 年 月 日											
市区町村長名				市区町村が記入							印

《注意事項》

- ・⑰は受取代理制度利用の場合のみ記入してください。
 - ・受取代理制度利用の場合⑱⑲は記入不要です。
 - ・以下の書類を添付してください。
- 【直接支払制度、受取代理制度を利用しなかった場合】
- ・医療機関から交付された出産費用の領収・明細書の写し
 - ・医療機関から交付された「直接支払制度」を利用しない旨の合意書の写し
- 【受取代理制度を利用する場合】
- ・母子手帳の「出産者名と出産予定日がわかるページ」の写し

受付日付印