

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「赤ちゃん和妈妈」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被保険者証の記号・番号	記号	番号	②事業所名			
	③被保険者の氏名				④被保険者の生年月日	昭和 平成	年 月 日
	⑤被保険者の住所	〒					
	⑥被保険者の電話番号				⑦被保険者のメールアドレス		
	⑧出産年月日	令和	年	月 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				所在地	
	⑪被扶養者が出産した場合	氏名				生年月日	昭和 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				加入当時 の保険証	記号
		電話					番号
	⑬出生児の氏名				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						
	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				口座番号	1. 普通
支店名					名義 (カタカナ)	2. 当座	

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								
	代理人の住所	氏名								
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・助産師の証明または 医師・助産師の証明のいずれか	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)				
	上記のとおり相違ない事を証明する。					令和	年	月	日	単胎又は多胎の別	単胎 ・ 多胎 ( 児)
	医療施設の名称・所在地										
	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					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「産者名と出産予定日がわかるページ」の写し

受付日付印