

被保険者
被扶養者

出産育児一時金・内払金（差額）・付加金請求書

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 8 番号 9 9 9 9 9		出産者の区分を○で囲んでください。		
	② 被 保 険 者 の 氏 名	健康太郎		③ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 平成 50年10月3日 生	
	④ 被扶養者が出産の場合 その方の氏名・生年月日	健康花子		⑤ 生 年 月 日	昭和 平成 59年7月28日 生	
	⑥ 生産または死産の別	生産	1 人			
		死産	人 妊娠経過期間 満 週			
	⑦ 出 産 し た 場 所	医療施設等の 名 称	健保医院			
		医療施設等の 所 在 地	〒999-9999 東京都健保町1-1-18			
	⑧ [フ リ ガ ナ] 出 生 児 の 氏 名	[ケンコウ ケンタ]	⑨ 出生児の生年月 日 及 び 性 別	平成 28 年 12 月 24 日生	☒ 男 ☐ 女	
	⑩ 振込希望の銀行 (原則給与口座振込)	「振込先」欄は記入不要です。給与口座へ振り込みます。 任意継続の方は資格取得申出書に記載された口座へ振り込みます				
	⑪	上記のとおり請求します。 平成 28年 12月 28日 被保険者の 住所 東京都健保町2-2-28 氏名 健康太郎 ノバルティス 健康保険組合理事長 殿				
⑫ 備 考	押印してください。					

被保険者証の記号番号を記入した場合は備考欄へのマイナンバーの記入は不要です

★直接支払制度を利用しない場合は下記に出生証明をお願いします。

証 明 欄 (い ず れ か に ご 記 入 く だ さ い)	⑬ 出 産 年 月 日	平成 年 月 日	⑭ 生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 第 週)	
	⑮ 出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)			
	⑯	上記のとおり相違ないことを証する。 平成 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師名 印			
	⑰ 本 籍			⑱ 筆 頭 者 氏 名	
	⑲ 出 生 届 日	平成 年 月 日	⑳ 出 生 児 氏 名		㉑ 出 生 年 月 日 平成 年 月 日
	㉒	上記のとおり相違ないことを証する。 平成 年 月 日 市区町村長名 印			

【添付書類】

- 医療機関等から交付される出産費用の「領収書・明細書」のコピー
 - 医療機関等から交付される合意(又は合意しない)文書(直接支払制度に係る契約書)のコピー。
- ※「受取代理制度」を利用された方は、上記の添付書類の提出及び出生証明書の記入は不要です。

健保受付日付印