

被保険者

家 族

## 出産育児一時金請求書

受付印

## 【添付書類】

① 出産した医療機関の領収書(写)

② 明細書(写)

③ 直接支払制度を利用しないことを記載した書面(写)

※ 医師・助産師または市区町村長の証明がとれない場合は出生届(控)または住民票を添付

## ネスレ健康保険組合 御中

被保険者氏名	山田 太郎		被保険者証	従業員番号					
生年月日	S・R	3年11月14日	記号	1000	番号	1234	12345678		
被保険者現住所	〒651-0087 兵庫県神戸市中央区御幸通7丁目1番15号								
事業所名称	ネスレ日本株式会社		部課または支店名	人事総務本部 ※工場勤務の方は工場名を記入					
資格取得日	R	27年8月1日	資格喪失日	H・R	年 月 日	請求日	令和 元 年 8 月 15 日		
出産年月日	H・R	元 年 6 月 7 日	フリガナ	ヤマダ サリ		続柄	長女	出生児の数	単胎・多胎( 児)
フリガナ	ヤマダ ハナコ		出生児の氏名	山田 咲哩		生産・死産の別	生産・死産( 月)		
出産者氏名	山田 花子		生年月日	S・R	8年5月2日				
出生した医療機関の名称・所在地	神戸〇〇病院 神戸市中央区〇〇7-1-15								
被保険者が出産した場合、下記に記入してください。				家族が出産した場合、下記に記入してください。					
退職後6か月以内の出産ですか				はい・いいえ					
はい				いいえ					
上記で「はい」と回答した場合、現在加入している保険者の「名称」および「記号・番号」を下記に記入				上記で「はい」と回答した場合、ネスレ健保加入前に加入していた保険者の「名称」および「記号・番号」を下記に記入					
保険者名				保険者名					
記号・番号				記号・番号					
同一の出産について、他健保より出産育児一時金の支給				受けた・受ける予定・受けない					
受けた				受けない					
※被保険者の方が退職された場合(任意継続以外)や死亡された場合は、請求者の氏名や振込先などを下記に記入してください。									
請求者氏名		続柄		電話番号		-			
金融機関コード		支店コード		口座種別		口座番号			
振込先		□銀行		□支店		フリガナ			
□( )		□( )		名義					
出生年月日		H・R		年 月 日		生産・死産の別		生産・死産(妊娠 月)	
H・R		年 月 日		生産・死産(妊娠 月)		新生児の数		単胎・多胎( 児)	
上記のとおり相違ないことを証明します。		医療機関の住所		電話番号		( )		-	
令和 年		この欄は医療機関または市区町村に記入いただいています。		電話番号		( )		-	
本籍		筆頭者氏名		電話番号		( )		-	
上記のとおり相違ないことを証明します。		市区町村長名		電話番号		( )		-	
令和 年 月 日		市区町村長名		電話番号		( )		-	
組合記入欄		一時金決定額		500,000円・488,000円		常務理事		給付担当	
備考						印		印	