

被保険者

家族

## 出産育児一時金請求書 直接支払い差額分

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直接支払制度利用の合意書(写)

ネスレ健康保険組合 御中

被 保 険 者 記 入 欄	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・ <input checked="" type="radio"/> ・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						電話番号 (078) 230 - 7040								
	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	<input checked="" type="radio"/> ・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								
	フリガナ 出産者 氏名	ヤマダ ハナコ		フリガナ 出生児の氏 名	ヤマダ サリ		続柄	長女	出生児 の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎・多胎( 児)						
	フリガナ 出産者 氏名	ヤマダ ハナコ		生年月日	S・ <input checked="" type="radio"/> ・R	8年5月2日	生産・死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産・死産( 月)								
	出産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				ネスレ健保加入後6か月以内の出産ですか				はい <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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		<input checked="" type="radio"/>		続柄		電話番号 ( ) -										
金融機関コード		支店コード		口座種別		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号								
振込先		<input type="checkbox"/> 銀行		<input type="checkbox"/> 支店		フリガナ										
		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )		名義										
組 合 記 入 欄	給付決定額	500,000円		円 =		円		常務 理事	<input checked="" type="radio"/>	給付 担当	<input checked="" type="radio"/>					
	給付決定額	488,000円		円 =		円										
備考																

ネスレ健康保険組合