

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 記 入 欄	被保険者 氏名	①			被保険者証			従業員番号														
	生年月日	S・H・R	年	月	日	記号		番号														
	被保険者 現住所	〒 電話番号 () -																				
	事業所 名称				部課または 支店名																	
	資格 取得日	H・R	年	月	日	資格 喪失日	H・R	年	月	日	請求日	令和	年	月	日							
	出産 年月日	H・R	年	月	日	フリガナ 出生児の氏 名				続柄		出生児 の数	単胎・多胎(児)									
	フリガナ 出産者 氏名				生年月日	S・H・R	年	月	日	生産・死産の別	生産・死産(ヶ月)											
	出産した医療機関の名称・所在地																					
	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														
	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														
	※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							①			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									
医師・助産師または市区町村長証明欄							出生年月日			H・R	年	月	日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 か月)			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。							令和 年 月 日			医療機関の住所			電話番号									
										医療機関名			①									
										医師・助産師の氏名			-									
本籍							筆頭者 氏名			出生 届出日			年	月	日	出生児 氏名	出生 年月日			年	月	日
上記のとおり相違ないことを証明します。							令和 年 月 日			市区町村長名			①									
													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			①		給付 担当		①		
備考																						