

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	⑤		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													
	フリガナ 出産者 氏名	フリガナ 出生児の氏 名		S・H・R		年	月	日	続柄	出生児 の数 単胎・多胎(児)																		
	出生 年月日	H・R	年	月	日	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							ネスレ健保加入後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							記号・番号						
	保険者名							記号・番号							保険者名							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		⑤		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"/> 銀行		<input type="checkbox"/> 支店		フリガナ		名義												
給付決定額		500,000円		-		円 =		円		常務 理事		⑤		給付 担当		⑤												
備考																												

ネスレ健康保険組合