

出産育児一時金・家族出産育児一時金請求書

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

被 保 険 者 記 入 欄				医師・助産師または市区町村長が証明する欄			
被保険者等 記号一番号		□□□□—□□□□□□		出 産 年 月 日		年 月 日	
資格取得年月日		年 月 日		出生年月日		生産・死産（妊娠第 週）	
資格喪失年月日		年 月 日		出生児の数		単胎・多胎（ 児）	
出 産 年 月 日		年 月 日		上記内容および左記出生児名に相違ないことを証明する。			
		生産・死産（妊娠第 週）		年 月 日			
被扶養者の氏名	出生児名			医療施設の名称・所在地			
出産時	生年月日	(除く死産児)		医師・助産師名			
N X グループ健保資格喪失後の出産・・・①に記入（現行加入の健康保険）				本 籍			
被扶養者がN X グループ健保に加入して6カ月以内の出産・・・①②に記入 (以前加入していた健康保険)				出生届出日			
①		①		年 月 日取得		年 月 日	
健康保険組合:名称		加入期間		年 月 日喪失		筆頭者氏名	
						上記内容および左記出生児名に相違ないことを証明する。	
						年 月 日	
①		被保険者名		市区町村名			
被保険者等 記号一番号							
①		②前の勤務先 & Tel		被 保 険 者 記 入 欄			
Tel (健保組合)		Tel		上記の通り請求します。			
事 業 主 証 明 欄				なお本金額の受領方を左記事業主に委任します。			
上記内容に相違ないことを証明する。				年 月 日			
事業所 名称		年 月 日		被保険者 住所			
				氏名			
事業主 氏名				N X グループ健康保険組合記入欄			
				整理番号		決定額 円	

どちらかの証明を受けて下さい