

海外出産育児一時金・海外家族出産育児一時金請求書

常務理事	エグゼクティブ	リーダー	サブリーダー	係

被 保 険 者 記 入 欄				Certificate of birth (医師・助産師が証明する欄)	
被保険者証 記号一番号	□□□□-□□□□□□			Delivery date (出産年月日)	
資格取得年月日	年	月	日	Number of birth (出生児の数)	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Plural ()
資格喪失年月日	年	月	日	Distinction of livebirth and stillbirth (生産・死産の別、妊娠週)	<input type="checkbox"/> livebirth <input type="checkbox"/> stillbirth
出 産 年 月 日	年	月	日		gestational week () 週
被扶養者の 出生時	氏 名		出生児名 (除く死産児)	I certify that the followings are correct. 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。 Date (Year/Month/date) 証明年月日	
	生年月日				
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) 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)				Name and Address of obstetrician of midwife 医師又は助産師の住所・氏名	
① 健康保険組合:名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合	① 加入期間	年 月 日取得	Address	
	<input type="checkbox"/> 社会保険事務所		年 月 日喪失	Name	
	<input type="checkbox"/> 共済組合				
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険				
① 被保険者証 記号一番号		被保険者名	Signature		
① Tel (健保組合)		②前の勤務 先 & Tel	勤務先名 Tel	被 保 険 者 記 入 欄	
事 業 主 証 明 欄				上記の通り請求します。 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				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	