ＮＸグループ健康保険組合　理事長殿

店所名（支店コード）：

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

海外出産育児一時金・海外家族出産育児一時金請求書

被保険者記入欄

被保険者等 記号一番号	□□□□ー□□□□□□			
資格取得年月日	年　月　日			
資格喪失年月日	年　月　日			
出産年月日	年　月　日 □生産　□死産（妊娠　第　週）			
被扶養者の出産時	氏名		出生児名（除く死産児）	
	生年月日			

ＮＸ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ＮＸ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）

① 健康保険組合:名称		□健康保険組合 □社会保険事務所 □共済組合 □国民健康保険	① 加入期間	年　月　日取得 年　月　日喪失
① 被保険者等 記号一番号			被保険者名	
① TEL（健保組合）			②前の勤務先＆TEL	勤務先名 TEL

事業主証明欄

上記内容に相違ないことを証明する。

年　月　日

事業所　名称

事業主　氏名

Certificate of birth（医師・助産師が証明する欄）

Delivery date（出産年月日）	
Number of birth（出生児の数）	□Single　□Plural（　）
Distinction of livebirth and stillbirth （生産・死産の別、妊娠週）	□livebirth　□stillbirth gestational week（　）週

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

Name and Address of obstetrician of midwife　医師又は助産師の住所・氏名

Address

Name

Signature

委任欄

記載内容の通り請求します。なお本請求書の提出及び給付金の受領を左記事業主に委任します。

【被保険者】　年　月　日

住所（建物名、部屋番号まで記入）

氏名（自署）※PC入力の場合、押印要

ＮＸグループ健康保険組合記入欄

整理番号		決定額	円