

□ 被保険者 出産育児一時金請求書
□ 家 族

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号	番号				
	被保険者の	会社名	所属				
		氏名					
		住所	(〒 -)				
			(Tel - -)				
		生年月日	昭和 平成	年 月 日	資格取得日	昭和・平成 令和	年 月 日
	被扶養者が 出産したときは その方の	氏名			続柄		
		生年月日	昭和 平成	年 月 日	被扶養者 認定日	昭和・平成 令和	年 月 日
	出産年月日		令和 年 月 日 (死産のとき 妊娠 ヲ月)				
	出産した医療施設(医療機関)の		名称				
		所在地					
同一の出産について 他健保等からの出産育児一時金を		<input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給した・受給予定					
振込金融機関	銀行名		支店名	口座種目	口座番号(右詰めで記入)		口座名義(カタカナ)
	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所	1 普通 2 当座			
	ゆうちょ銀行		通帳記号	通帳番号		口座名義(カタカナ)	
		1			0	1	

証 明 欄 (どちらか一方で可)	医師・助産師	出産した年月日	令和 年 月 日	出産または死産の別	出産・死産(妊娠 ヲ月)	
		出生児の数	単胎・多胎(児)	備考		
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設(医療機関)の名称 医療施設(医療機関)の所在地 医師・助産師氏名				
	市区町村長	本籍	筆頭者氏名			
		届出年月日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 ⑩					

【添付書類】

下記の□にチェックし、一緒にご提出ください。

- 『領収・明細書』(写)
※産科医療補償制度に加入している医療機関で出産した場合、加算対象分娩であることを証する印のあるもの
- 『直接支払制度合意文書』(写)

押印欄	事業所	所 属
-----	-----	--------

健保受付年月日