

記入例:被保険者

被保険者 家族 出産育児一時金請求書

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	100	番号	12345-00					
	被保険者の	会社名	〇〇〇株式会社	所属	〇〇部					
		氏名	西 武 花 子							
		住所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇 (Tel. 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)							
	生年月日	昭和 平成	6 年 9 月 13 日	資格取得日	昭和 平成	28 年 4 月 1 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 5 年 3 月 14 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	〇〇産婦人科医院							
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇							
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 checked="" 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	〇〇〇 銀行	支店名	〇〇〇〇 本店	口座種目	1 普通	口座番号(右詰めで記入)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	口座名義(カタカナ)	セイブ ハナコ
	信用金庫 信用組合 農 協	〇〇〇〇 本店 出張所	2 当座	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	口座名義(カタカナ)					
ゆうちょ銀行	通帳記号	1	通帳番号	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 5 年 3 月 14 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 5 年 3 月 20 日 医療施設(医療機関)の名称 〇〇産婦人科医院 医療施設(医療機関)の所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇 医師・助産師氏名 〇〇 〇〇			
	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 印				

【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	印	印	印	所	印	印	印
-----	-----	---	---	---	---	---	---	---

健保受付年月日