

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	担当者

受付年月日	決定年月
	記入例

【退職者用】

出一時

被保険者(本人) 被扶養者(家族) 出産育児一時金 請求書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	9 1 - 7 6 5 4 3 2 1	被保険者氏名	フリガナ <b>ホケン ヤスコ</b> <b>保健 保子</b>														
	出産者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <b>57</b> 年 <b>3</b> 月 <b>3</b> 日	出産者氏名	フリガナ <b>ホケンヤスコ キュウフ</b> <b>保健 保子 (旧姓: 給付)</b>														
	出生児の 生年月日	平成 <b>27</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日	出生児氏名 (多胎の場合は 全員の名前を記入)	フリガナ <b>ホケン アキコ</b> <b>保健 明子</b> (□ 死産)														
産科医療補償制度の登録を行い、妊娠22週以降の出産ですか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 上記のとおり請求します。		◆資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。																
平成 <b>27</b> 年 <b>2</b> 月 <b>20</b> 日 (〒 <b>〇〇〇</b> - <b>〇〇〇</b> )		※被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)																
住 所 <b>〇〇</b> 県 <b>〇〇</b> 市 <b>〇〇</b> 町 <b>〇</b> 番 <b>〇</b> 号		資格喪失(予定)者記入欄																
被保険者氏名 (請求者氏名) <b>保健 保子</b> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">保 健 印</span>		<table border="1"> <tr> <td>(フリガナ)</td> <td>(フリガナ)</td> </tr> <tr> <td>(金融機関コード)</td> <td>(店番コード)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 銀行</td> <td><input type="checkbox"/> 本店</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 信用金庫</td> <td><input type="checkbox"/> 支店</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ( )</td> <td><input type="checkbox"/> 所</td> </tr> <tr> <td>普通</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td></td> </tr> </table>			(フリガナ)	(フリガナ)	(金融機関コード)	(店番コード)	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 所	普通		口座番号	
(フリガナ)	(フリガナ)																	
(金融機関コード)	(店番コード)																	
<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店																	
<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支店																	
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 所																	
普通																		
口座番号																		
電 話 <b>〇〇</b> ( <b>〇〇〇〇</b> ) <b>〇〇〇〇</b>		他健保とパナソニック健保の両方から 出産育児一時金を受給できないので、 確認のため、該当すれば必ず記入 ※請求者名義の口座に限る																

< 下記に該当する場合の記入欄 (他健保発行の出産育児一時金不支給証明書の添付があれば記入不要) >

出産者が被保険者で、パナソニック健保の資格喪失後、6ヵ月以内に出産した場合・・・出産者(被保険者)の出産時の健康保険について記入  
出産者が被扶養者で、パナソニック健保の被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産した場合・・・出産者(被扶養者)の以前加入していた健康保険について記入

保 険 者 名 称 ( 健 康 保 険 )	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共 済 組 合 <input type="checkbox"/> 国 民 健 康 保 険	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	-
被 保 険 者 証 の 事 業 所 名	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( ) 支部	保 険 者 電 話 ( 健 康 保 険 )	( )
		被 保 険 者 証 の 事 業 所 電 話	( )

医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	出産年月日	平成 <b>27</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日	左記内容に相違ありません。 平成 <b>27</b> 年 <b>1</b> 月 <b>20</b> 日	
	生産・死産 の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 (妊娠第 <b>40</b> 週) <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 <b> </b> ヵ月)	単胎・多胎 の別	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( <b> </b> 人)
市 区 町 村 長 証 明 書 欄	出生児氏名		住所(所在地)	<b>東京都〇〇区〇〇町〇〇1-2-3</b>
	出生届出日	平成 年 月 日	医療機関名	<b>東京〇〇病院</b>
	本 籍		医師・助産師名	<b>東京 二郎</b>
	筆 頭 者 名		電 話	<b>03 ( 1234 ) 5678</b>

●上記の医師・助産師、市区町村長の証明が受けられない場合は、母子健康手帳の「出生届出済証明」のページ(写)の添付でも可  
●海外出産の場合は、出生証明書(写)の添付でも可

健保記入欄	SEQ	本人・家族	出生児人数	産保制度	出産年月日	支給決定金額
		本・家	人	有・無	年 月 日	円

< 添付書類(海外出産の場合は下記2点の添付書類は不要) >

- ・直接支払制度合意文書の写し(非合意)
- ・出産費用の領収・明細書等の写し(産科医療補償制度の加算対象分娩である場合は、それを証するスタンプの押印あり)