

| | | | |
|-------|----------|-----|-----|
| 健保決裁欄 | 理事長・常務理事 | 所属長 | 主担者 |
| | | | |

| | |
|-------|------|
| 受付年月日 | 決定年月 |
| | 記入例 |

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

| | | | | |
|-------|----|-------|----|--------------|
| 事業所担当 | 氏名 | 〇〇 〇〇 | 電話 | 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
|-------|----|-------|----|--------------|

| | | | |
|-------------|---|---------------------------|--|
| 被保険者証の記号・番号 | 1 0 - 7 6 5 4 3 2 1 | 被保険者氏名 | フリガナ ホケン タロウ 保健 太郎 |
| 出産者の生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 57年 3月 3日 <input type="checkbox"/> 平成 | 出産者氏名 | フリガナ ホケンヤスコ キュウフ 保健 保子 (旧姓: 給付) |
| 出生児の生年月日 | 平成 27年 1月 1日 | 出生児氏名 (多胎の場合は全員の名前を記入) | フリガナ ホケン アキコ 保健 明子 (□死産) |

被保険者記入欄

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
はい いいえ

上記のとおり請求します。
 ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。
 平成 27年 2月 20日
 (千 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇)

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号

被保険者氏名(請求者氏名) **保健 保子** (保健)

電話 〇〇 (〇 〇 〇 〇) 〇 〇 〇 〇

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。

※ 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)

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| (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 | |

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 | - |
| | <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名 | | 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 27年 1月 1日 | 左記内容に相違ありません。平成 27年 1月 20日 |
| | 生産・死産の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 生産(妊娠第 40週) <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 ヵ月) | 住所(所在地) 東京都〇〇区〇〇町〇〇1-2-3 |
| 市区町村長証明欄 | 単胎・多胎の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(人) | 医療機関名 東京〇〇病院 |
| | 出生児氏名 | | 医師・助産師名 東京 二郎 (東京) |
| | 出生届出日 | 平成 年 月 日 | 電話 03 (1234) 5678 |
| | 本籍 | | 以上の内容に相違ありません。平成 年 月 日 |
| | 筆頭者名 | | 市区町村長名 (印) |

●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

この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。

平成 27年 2月 20日 事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号

受任者 事業所名称 **パナソニック〇〇株式会社** 資格取得日 20年 4月 1日

会社立替のときは「1」を記入→ 事業主氏名 **門真 一郎** (事業主印) 資格喪失日 年 月 日

| | | | | | | |
|-------|-----|-------|-------|------|-------|--------|
| 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)