

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金請求書

(注意事項)

ニハロイ
⑨ 必要な文字を○で囲んで下さい。
⑩ 欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名を記入して下さい。
⑪ 欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入して下さい。
⑫ 欄には、医師又は助産婦の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付して下さい。

被 保 険 者 の 記 入 す る	①被保険者証の 記号・番号	記号 番号		②請求者 (被保険者)の氏名				
	③請求者 (被保険者) の現住所	〒						
	④事業所の名称							
	⑤分べん年月日	平成・令和	年	月	日	生産 死産	の別	生産・死産
	⑥分べんした場所	病院・産院・診療所 の名称						
		その所在地						
	⑦被扶養者が分べんしたとき	被扶養者氏名		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	⑧出生児の氏名			出生児の 続柄				
	⑨出生児は被扶養者か	被扶養者である・ない		出生児が被扶養者 でないとき(理由)				
	⑩他制度から給付を受けて いるかどうか	受けている・受けていない						
	⑪分べんした者の状況 (いずれかに○)	現在在職中						
		過去に京セラ健保組合の被保険者であり分べん日は退職後6か月以内である		⇒[裏面に現在加入している健康保険制度 から証明を受けて下さい]				
過去に京セラ健保組合以外の被保険者であり分べん日は退職後6か月以内である		⇒[裏面に前職の健康保険制度から証 明を受けて下さい]						
⑫払渡しを希望するところ (請求者名義のものを記載 して下さい)	銀行	本店	普通	口座番号				
	信用金庫	支店	貯蓄 当座	口座 名義人 氏名	カナ			
医 師 ・ 助 産 婦 の 記 入 す る 欄	⑬分べん年月日	平成・令和	年	月	日			
	⑭生産・死産の別	生産・死産(妊娠週)		⑮出生児の数	単胎・多胎(児)			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師 氏名							
委 任	⑯この欄は請求金の 受領を人に頼むと きだけ記入して 下さい。	上記出産育児一時金の受領を					受付印	
		住所 氏名	に委任します。					
		令和	年	月	日			
		被保険者						

京セラ健康保険組合

証 明 書

記号番号 :

氏名 :

上記の者にかかる下記の保険給付を支給していないことを証明します。

記

出産育児一時金

令和 年 月 日

保険者住所

保険者名

代表者名