

支給額									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

常務理事	事務長	経理	担当者

提出先 神鋼商事健康保険組合 殿

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金請求書

被保険者が記入するところ	被保険者等記号・番号		被保険者(請求者)の氏名と印		(フリガナ)		印	
	被保険者の現住所							
	事業所の名称				分べんした当時の標準報酬月額		千円	
	分べんした年月日		令和 年 月 日		死産のときはその旨			
	入院して分べんしたときは、その病院・産院の		名称		所在地		自費で入院しましたか、健康保険で入院しましたか	
	配偶者が分べんしたための請求であるときは、その者の		氏名		(フリガナ)		生年月日 昭・平 年 月 日生	
	出生児の氏名		(フリガナ)		被保険者との続柄		出生児が被保険者の被扶養者で ある・ない	
	出生児が被保険者の被扶養者でない時はその理由							

医師・助産婦又は市区町村長の証明	分べんした年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)		
	分べんに関し健康保険での入院の有無	有・無	健康保険で給付される入院の期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	
	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						
医療施設の名称・所在地						
医師・助産婦名						
市区町村長名						
印						
TEL						

【添付必要書類について】

健康保険組合受付印

「産科医療保障制度」に加入する医療機関で出産した場合は、領収書の^①を、加えて既に資格を喪失している被保険者本人の分娩に係る請求の場合は、現在加入している健康保険の資格情報のお知らせの^②又は資格確認書の^③を添付すること。

