

常務理事	事務長		担当者



ライク健康保険組合 御中

健康保険 **被保険者**
家族

出産育児一時金請求書

※直接支払制度を利用の方の請求書ではありません。

ご確認ください

- ① 提出先・・・事業会社
- ② この申請書を提出するときは、**振込先の預貯金通帳の写し等**で銀行口座が確認できるものを必ず添付してください。
- ③ 医療機関等から交付される**領収書**(産科医療保障制度加入の有無記載があるもの)の写しを必ず添付してください。
- ④ 退院時に精算をした出産費用の**領収書**(産科医療保障制度加入の有無記載があるもの)の写しを必ず添付してください。
- ⑤ 在職中に氏名変更の手続きをしていない場合は婚姻受理証明等の「旧姓・新姓両方が確認できる公的書類」を添付してください。

④健康保険証 記号 7 0 0 0 番号 1 1 1 1 1 ⑤所属する事業会社 ライク株式会社 名称 ライク株式会社 所在地 大阪市北区角田町		任意継続被保険者の方は名称:「任意継続」と記入 所在地:記入不要	
⑥被保険者の(請求者)氏名 (フリガナ) ライク ハナコ ライク 花子 ⑦出生年月日 昭和 平成 令和 4 8 0 9 1 5 ⑧日中連絡のとれる電話番号 090-9999-9999			
⑨被保険者の(請求者)住所 郵便番号 5 3 0 0 0 1 7 (フリガナ) オオサカシキタクカクダチョウ 大阪市北区角田町0-0-0-503			
⑩出生年月日 平 3 1 0 3 3 1 ⑪出生児数 1 人 ⑫死産児数 0 人 ⑬死産のときはその旨と妊娠経過期間 該当せず (妊娠 ヶ月・週)			
⑭出生児の氏名 (フリガナ) ライク イチロウ ライク 一郎			
⑮被保険者(本人)が出産した場合 健保等の名称 大阪府国民健康保険 被保険者氏名 ライク 花子 記号・番号 阪国北-123456			
⑯被扶養者(家族)が出産した場合 氏名 (フリガナ) 続柄 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日			
⑰支払金融機関の欄 預金種別 1:普通 口座番号 7 6 5 4 3 2 1 口座名義人(請求者) ライク ハナコ		⑱支店 出張所 支店コード 3 2 1	
⑲振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入のこと(同一筆跡は不可)			
⑳受取代理人の欄 被保険者(請求者) 氏名 住所 〒 (フリガナ)		代理人の氏名 (フリガナ) 住所 〒 (フリガナ)	
㉑医師・助産師が証明するところ 出生年月日 平成・令和 31 年 3 月 31 日 出生児数 単胎・多胎(児) 生産・死産の別 生産・死産(妊娠 ヶ月・週)		令和 1 年 5 月 1 日	
㉒市区町村長が証明するところ 本籍 出生年月日 平成・令和 年 月 日 出生児氏名		筆頭者氏名 出生届出日 平成・令和 年 月 日	

令和 1 年 5 月 7 日提出

生産の場合は**該当せず**、死産の場合は**死産**と記入し妊娠経過期間を記入してください。

被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合に記入してください。

③ 給付金の受取を代理人に委任する場合は、委任者と受取代理人それぞれの署名が必要です。

④ 出産(出生)の証明は、医師・助産師または市区町村長、どちらか一方で受けてください。