

常務理事	事務長		担当者

記入
例

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

◎ 在院中に提出するときは
退院時に精算をした出産費用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もの」の写しを添付してください。
● 事業会社の社会保険事務担当部署、任意継続期間中または退職後▼当組合給付担当
代理契約に関する文書の写し等で銀行口座が確認できるもの」の写しを添付してください。
● 受取代理人の欄
医師・助産師が証明するところ
市区町村長が証明するところ

被保険者（本人）が記入するところ		Ⓐ 健康保険 被保険者		Ⓑ 所属する事業会社		名称	ライク株式会社	任意継続被保険者の方は 名称：「任意継続」と記入			
		記号	番号	所在地	大阪市北区角田町0-0-0-503	所在地：記入不要					
		7 0 0 0	1 1 1 1 1	(フリガナ)	ライク ハナコ	印	昭和 年 月 日	平成 4 8 0 9 1 5	日 090-9999-9999		
		(C) 被保険者の(請求者)氏名と印		(F) 被保険者の(請求者)住所		郵便番号		(D) 生年月日			
		ライク 花子		5 3 0 0 0 1 7		(フリガナ)		オオサカシキタクカクダチヨウ			
		(G) 出産年月日		平 令	年 3 3	月 1 0	日 3 3 1	⑪ 出生児数	⑫ 死産児数	⑬ 死産のときはその旨と妊娠経過期間	
								1 人	0 人	1 該当せず (妊娠 ケ月・週)	
		(K) 出生児の氏名		(フリガナ)		ライク イチロウ					
						ライク 一郎					
		(L) 被保険者(本人)が出産した場合		当組合資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について		被保険者氏名		記号・番号			
		大阪府国民健康保険		ライク 花子		阪国北-123456					
(M) 被扶養者(家族)が出産した場合		当組合加入6ヶ月以内に出産した場合、以前加入していた健康保険について		加入時の氏名		加入期間★					
		健保等の名称		本人 ・ 家族		昭・平・令 年 月 日	～ 平・令 年 月 日	ケ月			
(N) 支払金融機関の欄		コスモス 銀行 金庫 農協		続柄	出生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
		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)	(カタカナで記入)				
		ライク ハナコ									
(O) 受取代理人の欄		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・捺印のこと(同一筆跡・同印影は不可) 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。									
		委任者と代理人との関係 令和 年 月 日									
		被保険者(請求者) 氏名	㊞ 住所 〒								
		代理人の氏名と印	㊞ 代理人の住所 〒								
医師・助産師が証明するところ		出産した年月日 平成・令和 31 年 3 月 31 日	生産・死産の別 生産・死産(妊娠 ケ月 週)								
		出生児数 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 1 年 5 月 1 日									
		医療機関の所在地・名称 〒550-0002 大阪府大阪市西区江戸堀8-8-8 江戸堀産婦人科医院		医師・助産師名 田中 一郎 田 中 (印)							
市区町村長が証明するところ		本籍	筆頭者氏名								
		出生年月日 平成・令和 年 月 日	出生児氏名								
		上記のとおり相違ないことを証明する。 出生届出日 平成・令和 年 月 日									
		市区町村長名 ㊞ 電話番号									

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・捺印が必要です。

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。