

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



◎提出先・・・事業会社
◎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。
◎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）」の写しを添付してください。
◎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）」の写しを添付してください。
◎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。

被保険者（本人）が記入するところ	④健康保険証		⑤所属する事業会社	名称				
	記号	番号		所在地				
	◎被保険者の（請求者）氏名	(フリガナ)		⑥生年月日			⑦日中連絡のとれる電話番号	
				昭和 平成 令和	年	月	日	
	⑧被保険者の（請求者）住所	郵便番号		(フリガナ)				
	⑨出産年月日	平・令	年	月	日	⑩出生児数	⑪死産児数	⑫死産のときはその旨と妊娠経過期間
						人	人	(妊娠 ヶ月・ 週)
	⑬出生児の氏名	(フリガナ)						
	⑭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						
健保等の名称		被保険者氏名			記号・番号			
⑮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
	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							
	健保等の名称		本人・家族		記号・番号		加入期間★	
							昭・平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日 ヶ月	
⑯支払金融機関の欄	銀行 金庫 農協		本店 出張所 支店 営業部		支店コード			
	預金種別	1:普通	口座番号	口座名義人(請求者)		(カタカナで記入)		
◎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のこと(同一筆跡は不可)							
	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	
	被保険者(請求者) 氏名		住所 〒		令和 年 月 日			
	代理人の氏名		(フリガナ)		代理人の住所		(フリガナ)	
医師・助産師が証明するところ	出生した年月日	平成・令和	年	月	日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)	
	出生児数	単胎・多胎(児)		備考		令和 年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明する。							
市区町村長が証明するところ	医療機関の所在地・名称		医師・助産師名					
			電話番号					
	本籍	平成・令和 年 月 日				筆頭者氏名		
	出生年月日	出生児氏名		出生届日		平成・令和 年 月 日		
市区町村長名								
		電話番号		令和 年 月 日提出				

健保記入欄	資格取得(認定)日	年 月 日	現存 喪失後
	資格喪失(削除)日	年 月 日	
	法定		円

受付日付印