

常務理事	事務長		担当者

ライク健康保険組合 御中

受取代理請求用

健康保険 被保険者 家族

出産育児一時金請求書

※出産費資金貸付制度を利用する場合は対象外です

ご確認ください

◎提出先・事業会社(本人)が記入するところ
 ◎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。
 ◎資格喪失後6ヶ月以内の出産予定の方は、現在加入している保険証の写しを添付してください。
 ◎資格喪失後出産の方は現加入健保組合に受給できる出産育児一時金の額をご確認の上選択してください。
 ◎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。

④健康保険証		⑤所属する事業会社	名称			
記号	番号		所在地			
③被保険者の(請求者)氏名		①生年月日		⑥日中連絡のとれる電話番号		
(フリガナ)		昭和 平成 令和		年	月	日
②被保険者の(請求者)住所		郵便番号		(フリガナ)		
⑦出生予定年月日		平・令	年	月	日	⑧出生児の予定数
⑨被扶養者(家族)が出生予定の場合		単胎・多胎(児)				
①被保険者(本人)が出生予定の場合						
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		
氏名		(フリガナ)		続柄	生年月日	昭和 平成 令和
②被扶養者(家族)が出生予定の場合		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		年	月	日
健保等の名称		本人・家族	記号・番号	加入時の氏名	加入期間★	
					昭・平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日 月	
※★の期間と当組合に加入してから出産までの期間を合わせて6ヶ月以上ない場合は、さらに裏面へ記入						
⑩出産する医療機関		名称		所在地		電話番号
⑪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)

甲欄は被保険者、乙欄は代理人(医療機関等)、それぞれ記入のこと						
甲()は、医療機関等である乙()を代理人と定め、次の権限を委任する。 また、甲は出産育児一時金等の医療機関への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用(上限50万円※産科医療保障制度対象の出産でない場合は48万8千円)の受領に関すること。 令和 年 月 日						
甲(被保険者)の住所 〒						
氏名						
乙(代理人)の住所 〒						
医療機関名						
氏名						
電話番号						
受取代理人の支払金融機関の欄		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		(カタカナで記入)

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	
	出産予定数	単胎・多胎(児)	
	医療機関	円	被保険者

受付日付印