

Example

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

| | | | |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 係 |
| | | | |

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 | ①被保険者証 記号・番号 | 記号 1 2 3 4 | 番号 1 2 3 4 5 6 7 8 | 被保険者の 氏名と印 | (フリガナ) ヤマグチ タロウ 山口 太郎 (出印) |
| | ② 事業所 | 名称 (株)ファーストリテイリング | 所在地 山口県山口市佐山717-1 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 50 年 6 月 1 日 <input type="checkbox"/> 平成 |
| | ③ 被保険者 住所 | 〒 754-0894 山口県山口市佐山〇〇-〇 昼間時連絡先: 090 - **** - **** | | | |
| | ④被扶養者が 分娩した場合 | 氏名 山口 花子 | 生年月日 昭和 ・平成 52 年 10 月 1 日 | 続柄 妻 | |
| | ⑤分娩年月日 | 平成 23 年 2 月 1 日 | 出生児氏名 | 山口 秋子 | |
| | ⑥生産または死産の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 生産・死産・混在(生産 人、死産 人) | | ⑦死産の場合 妊娠経過期間 | ヶ月 週 |
| | ⑧ 出産した 医療機関等の名称 | ****病院 | | 所在地 | 山口県**** |
| | ⑨出産した方 | 被保険者 ⇒ 退職後6か月以内の出産ですか。 被扶養者 ⇒ FR健保加入後6か月以内の出産ですか。 | | はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | |
| | ⑩はいの場合 | 被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について 被扶養者 ⇒ FR健保加入前に加入していた保険者について | | 保険者名 | |
| | 同一の出産について、⑩の保険者より出産育児一時金を | | | 記号・番号 | |
| 受けた・受ける予定・受けない | | | | | |
| 証 明 欄 (い ず れ か に ご 記 入 く だ さ い) | 医師・助産師による証明の場合 | | | | |
| | 出産した年月日 | 平成 年 月 日 | 出生又は 死産の別 | 生産・死産(妊娠 週) | |
| | 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。 平成 年 月 日 | | | | |
| | 医療施設の名称・所在地 医師・助産師の氏名 医師・助産師または市区町村長の どちらか一方で証明を受けてください。 (印) | | | | |
| 市区町村による証明の場合 | | | | | |
| 本籍 | 筆頭者氏名 | | | | |
| 出生届出日 | 平成 年 月 日 | 出生児氏名 | 出生年月日 | 平成 年 月 日 | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 | | | | | |
| 市区町村長名 (印) | | | | | |
| 給 付 金 支 払 先 | 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 尚、給与振込口座を希望されない方は、振り込み希望口座(被保険者本人名義の口座)をご記入ください。 | | | | |
| | 振込先 銀行 | 銀行 金庫 農協 | 給付支払先は、原則、被保険者名義の口座に限ります。 給与口座以外の口座をご希望の場合は、被保険者名義の 銀行口座をご記入ください。 | | |
| 預金 種別 | 普通・当座・貯蓄 | 口座 名義 | (1) 漢字 | | |

平成 年 月 日 提出

受付日付印

【添付書類】

- ①医療機関等から交付される合意文書の写し
(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨
および申請先となる当組合名が記載されているもの)
- ②出産費用の領収・明細書の写し
(産科医療補償制度対象分娩の場合、その旨が確認出来る所定印が
押印されているもの)

社会保険労
提出代行印

Information of Insured Person

Health Insurance Card Symbol / Health Insurance Card Number

Name(with katakana) / Seal or Signature

Name of Business Entity / Business Entity Address

Birth Date

Address (with Zip Code) & Telephone Number

Dependent's Name, Dependent's Birth Date, Dependent's Relationship

if Dependent giving birth

Delivery Date

Name of Newborn baby

Circle one

Live Birth : 生産 Still Birth : 死産 Mix(with Number of Live Birth/Still Birth) : 混在

Duration of Pregnancy in case of Still Birth

ヶ月 : Month 週 : Week

Hospital Name & Address if hospitalized

Insured Persons Is birth within 6 months after retirement ?

Dependents Is birth within 6 months after joining FR Health Insurance Organization?

Circle one Yes : はい No : いいえ

Get certification from a doctor, maternity nurse or city/ward/town/village mayor.

In general, payment can only be made to an account in the insured person's name.

If not the account by which the insured person is paid salary/wages, then enter another bank account in the insured person's name.

《Documents needed to be attached》

Copy of written agreement received from the medical institutions.

(The content of the copy shall state that no proxy contract has been concluded with the medical institutions concerning the system of direct payment, and shall show the name of the Health Insurance Organization as the recipient of the application.)

Copy of childbirth-cost receipt/details

(If the birth was eligible for the Japan Obstetric Compensation System for Cerebral Palsy, the receipt/details must be stamped to certify that.)