

被保険者・家族 出産育児一時金（付加金）請求書

請求者 （被保険者） が記入する欄	被保険者の記号・番号	被 保 険 者 名	被 保 険 者 住 所			
	.	⑩	TEL ()			
	被 保 険 者 生 年 月 日	事 業 所 の 名 称		分 娩 年 月 日		
	昭/平 年 月 日			平成 年 月 日		
	分娩した人 (○をつける)	被保険者本人 (退職後の分娩は②に記入)		被扶養者 (①に記入)		
	出生児について	生産・死産 (妊娠 週)	単児・多児 (児)	扶養・非扶養 (扶養者)		
	① 被扶養者が 分娩したとき	氏 名		生年月日	昭/平 年 月 日	
		被扶養者資格 取得後 <u>6ヶ月以内</u> の分娩の場 合に記入する。	勤務先名	TEL ()		
			加入してい た健康保険	名 称		
				資格喪失日	平成 年 月 日	
電 話						
	保険証記号・番号	.				
② 被保険者が退 職後分娩した とき	当健保組合の資格喪失日		平成 年 月 日			
	退職後加入し ている健康保 険の内容	名 称				
		電 話				
		保険証記号・番号	.			
		区分 (○をつける)	被保険者・被扶養者(被保険者)			
振込銀行口座	銀行・信用組合 支店 普					

NDS健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

上記のとおり申請します。

医師・助産師が証明する欄	分 娩 年 月 日	出 産 児 の 数	生 産 又 は 死 産 の 別
	平成 年 月 日	単 児 ・ 多 児 (児)	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週 月)
	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・助産師名 市区町村長名 TEL		⑩	

- ・ 死産・流産の時も妊娠85日以上であれば支給されます。
- ・ 双生児以上の時は一児ごとに支給されます。
- ・ 退職後6ヶ月以内の出産の場合は以前加入していた健保組合か当健保組合どちらかからの支給になります。

受 付 印