

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					
	1・12345	日電 健太郎	日電	名古屋市中区千代田二丁目15番18号 Tel052 (263) 2206				
	被 保 険 者 生 年 月 日	事 業 所 の 名 称		分 娩 年 月 日				
	昭/平52年11月14日	日本電話施設 (株)		平成 20年 1月 1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	日電 美幸	生年月日	昭/平55年 5月 5日			
		被扶養者資格取得後6ヶ月以内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				相手先健保に確認するので必ず記入				
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	退職後、夫の被扶養者なら夫の加入している健保名					
		電 話	相手先健保に確認するので必ず記入					
		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20年 1月15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20年 1月 1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20年 1月 7日
医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 市区町村長名 Tel	△△マタニティクリニック 三家 富人 052 (123) 4567		

- ・ 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