

## 健康保険

出産育児一時金・出産育児付加金  
家族出産育児一時金・家族出産育児付加金

## 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 健康保険被保険者証の記号・番号	(記号) 1	(番号) 12345	② 事業所名	(株)NSD		
	③ 被保険者の氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎		④ 住所	〒 163 - 0716 東京都新宿区西新宿2-7-1	
		⑤ 連絡先			( 090 ) 1234 - 5678		
	⑥ 配偶者の分娩であるときは配偶者の氏名・生年月日	氏名	健保 花子		生年月日	昭和55年 2月 3日	
	⑦ 出産した年月日	2019年 5月 10日			⑧ 生産児数	⑨ 死産児数	⑩ 死産の時はその妊娠経過期間 週
					1		
	⑪ 出生児の氏名	健保 花代			⑫ 被保険者と出生児の続柄	長女	
	⑬ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある ・ ない			⑭ 出生児が被保険者の被扶養者でない理由	A. 夫の被扶養者である B. その他( )	
	⑮ 被保険者が退職から6ヶ月以内に分娩した場合、現在加入している健康保険の記号・番号及び保険者名	(記号)	(番号)		保険者名	TEL ( ) -	
	⑯ 被扶養者が認定から6ヶ月以内に分娩した場合、以前加入していた健康保険の記号・番号及び保険者名	(記号)	(番号)		保険者名	TEL ( ) -	
⑰ 振込を希望する金融機関 ※被保険者又は受領を委任した代理人の口座に限ります	事業所届け出済み口座(経費口座)へ振込希望の場合は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。⇒別の口座へ振り込み希望の場合のみ、以下記入してください。			<input checked="" type="checkbox"/>			
	金融機関名称	(フリガナ)		銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店 支店		
	普通預金	口座番号	※経費口座へ振込希望の場合は、記入不要				
⑱ 代理人に受領を委任する時は記入して下さい	この給付金の受領を						
	住所	氏名		に委任します。			
⑲ 被保険者のマイナンバー	※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。						

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	分娩年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠)週	出生児数	単胎・多胎(児)
	上記の通り相違ない事を証明する 年 月 日 病院で証明を記入してもらう 医療機関等の名称・所在地 医師・助産師名 市区町村長名					

受付年月日