

提供先:被保険者(社員・任意継続被保険者)⇒小野薬品健康保険組合

被保険者
被扶養者 出産育児一時金請求書(償還払い用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証	記号	番号	② 事業所の名称	
	③ 被保険者の氏名			④ 生年月日	昭和 平成 年 月 日
	⑤ 出産年月日	令和 年 月 日		⑥ 死産のときはその旨	
	⑦ 出産した場所	医療施設等の名称			
		医療施設等の所在地			
	⑧ 被扶養者の出産であるときはその氏名		⑨ 被扶養者の生年月日		昭和 平成 年 月 日
	⑩ 他健保から給付を受けているかどうか	受けている <input type="checkbox"/> 受けていない			
	⑪ 振込先銀行名(※)	※社員は給与振込につき記入不要 銀行 支店 普通 当座 No. () (フリガナ) 口座名義 (本人名義に限ります)			
	⑫ 備考				
		上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 小野薬品健康保険組合理事長 殿 住所 〒 - 被保険者の氏名			
	受取委任の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ※ 会社を介して給付金を給与口座に振り込むために必要ですので必ず署名下さい。 ※ 但し、任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です。			

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 す る と こ ろ	⑬ 分娩年月日	令和 年 月 日	⑭ 生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 月又は第 週)
	⑮ 出生児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)		
		上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 (印)		

(添付書類)

- 出産費用の領収証のコピー
- 出産育児一時金の医療機関直接支払制度利用合意書のコピー

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者