

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(海外出産用)

被 保 険 者 が 記 入 す 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 年 月 日 平成	
	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 年 月 日 平成	
	⑩ 他健保から給付を受けているかどうか	受けている		受けていない		
	⑪ 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。				

(添付書類)

1. 出産の事実を証明する書類(「出生証明書」等のコピー)、医師・助産師の証明書もしくは診療明細書の写し
2. 出産育児一時金の重複申請をしていないことを確認する書類(別紙「出産育児一時金の重複申請について」)

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者