

事業所担当者() <経由> → 健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)

被保険者
 家族
出産育児一時金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者 の氏名			
	③事業所の名称					
	④被扶養者が出産 した場合は被扶 養者の氏名		⑤被扶養者の 生年月日	S H	年 月 日	
	⑥出産年月日	年 月 日	死亡のときはその旨			
	⑦出産した場所	医療施設の名称				
		医療施設の所在地				
	⑧出生児の氏名			⑨被保険者と 出生児の関係	(長男・長女等を記入)	
	⑩出生児が被扶養者であるかどうか	ある	ない	⑪出生児が被扶養者で ないときはその理由		
	⑫ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)
				普通 当座		

上記のとおり請求します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名

Ⓜ

電話番号

()

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

医師・助産師の証明	出産年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	出産児数	単胎・多胎(児)	参考事項	
市区町村長の証明	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関の住所 〒 医療機関の名称 医師・助産師名 電話番号 () Ⓜ			
	本 籍		筆頭者名	
市区町村長の証明	出生届出日	年 月 日	出生児名	
	出生日	年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 電話番号 () Ⓜ				

どちらか一方の証明が必要

- ◆被扶養者がヤンマー健保の資格取得後、6ヶ月以内に出産したとき→被扶養者が出産日の6ヶ月前に被保険者として加入していた健保組合等にて、下記の不支給証明をもらってください。
- ◆被保険者がヤンマー健保の資格喪失後、6ヶ月以内に出産したとき→現在ご加入の健保組合等にて、下記の不支給証明をもらってください。

不 支 給 証 明	被保険者(出産者)氏名	(旧姓)	被保険者証記号・番号	
	資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
	上記について出産育児一時金を支給していないことを証明します。 年 月 日 住所 名称 電話番号 () Ⓜ			

<添付書類>

- ・直接支払制度を利用しない旨を記した合意文書の写し
- ・出産費用の領収・明細書等の写し(産科医療補償制度の対象である場合はスタンプが押印)