

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 1 番号 12345	②被保険者 の氏名	健保 太郎		
	③事業所の名称	ヤンマー株式会社				
	④被扶養者が出産 した場合は被扶 養者の氏名	健保 花子	⑤被扶養者の 生年月日	S H	60年3月3日	
	⑥出産年月日	平成25年9月9日	死亡のときはその旨			
	⑦出産した場所	医療施設の名称	〇〇レディースクリニック			
		医療施設の所在地	大阪市〇〇区△△1-1			
	⑧出生児の氏名	健保 元気	⑨被保険者と 出生児の関係	(長男・長女等を記入) 長男		
	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)
		△銀行	××支店	普通 当座	0123456	ケンホ° タロウ

上記のとおり請求します。

平成25年 10月 1日

被保険者の住所 〒 123-4567

△△市××1-2-3

氏名 健保 太郎

電話番号 \*\*\* (\*\*\* ) \*\*\*\*

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

ど ち ら か 一 方 の 証 明 が 必 要	医師・助産師の証明	出産年月日 年 月 日	出産児数 単胎・多胎(児)	生産・死産の別 参考事項	生産・死産(妊娠週)
	市区町村長の証明	本籍	出生届出日	出生日	
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 ( )		医療機関または市町村、 どちらかに証明をもらってください。			
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 ( )					

- ◆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
	上記について出産育児一時金を支給し 年 月 日	上記条件に該当される方は必ず 証明をもらってください。		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)