

健康保険 被保険者
家 族 出産育児付加金請求書

決定金額	円	常務理事	事務長	扱 者

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号と番号	1			②被保険者の 氏名と印				③ 印	
	④被保険者の現 住所と電話番号	〒			電話 ()					
	⑤ 事業所の名称				⑥ 所属			⑦ 内線		
	⑧家族が出産した ときは、その者の氏名				⑨家 族 の 生年月日	昭和 平成	年	月	日生	
	⑩出 産 し た 年 月 日	平成	年	月	日	⑪出産児数 人	⑫死産児数 人	⑬死産のとき はその旨	⑭妊 娠 過 期 間	週 日
	⑮入院して出産 したときは	(ア) 病院又は診 療所の名称								
		(イ) う え の 所 在 地								
	⑯ 出生児の氏名				⑰出生児と被保 険者との続柄					
	⑱出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	ある・ない			⑲出生児が被保険者の 被扶養者でないときはその理由					
	⑳出産前6ヶ月以内に、 出産した者の保険証に変更 があった場合は記入 ・出産した者が被保険者の とき → 新しい保険証につ いて記入 ・出産した者が配偶者の とき → 元勤務先の保険証 について記入	保 険 者 名		電 話 番 号		記号・番号				
㉑ご希望の振込先銀行 ※給与受給者は 記入不要です。	銀行			支店 (1.普通 2.当座 4.貯蓄 9.)			(備考)			
	口座 No.			フリガナ						
				口座名義						

平成 年 月 日 提出