

被保険者・家族 出産育児一時金請求書

日本電気健康保険組合 御中

被保険者証 記号・番号	記号	番号	会社名	TELNET - -					
	平成 年 月 日	所属	メールNo.	-					
氏名	(印)		自宅住所 〒	Tel - -					
生年月日	昭和・平成 年 月 日		在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。						
出産日	平成 年 月 日		出産のために入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)					
出生児の氏名	フリガナ 氏名		出産のために入院した病院等	所在地 医療機関名					
被扶養者が 出産のとき その者の氏名	フリガナ 氏名		続柄	生年月日	NEC健保扶養認定日				
				昭和 年 月 日	昭和 年 月 日				
出産者が被扶養者(家族)の場合 家族がNEC健保に被扶養者として認定された日から6ヶ月以内に出産のときは記入してください。									
家族がNEC健保の被扶養者と認定される前に加入していた 健康保険等の名称 _____ 所在地 _____ 電話 _____ ()				記号	番号	資格取得日 昭和・平成 年 月 日			
				脱退日 平成 年 月 日					
出産者が被保険者(本人)の場合 退職予定者、または退職後に請求するときは記入してください。									
退職年月日	金融機関名		口座番号	フリガナ					
平成 年 月 日	銀行 支店		(普通)	名義					
NEC健保の資格喪失後にあなたが加入した(現在加入している) 健康保険等の名称 _____ 所在地 _____ 電話 _____ ()				被保険者	フリガナ				
				氏名					
				記号	番号	資格取得日 平成 年 月 日			
				扶養年月日 平成 年 月 日					
医師または助産師の証明欄	出産日	平成 年 月 日		記載のとおり相違ありません。 平成 年 月 日					
	分娩時の状態	正常・異常		所在地					
	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)		医療機関名					
	出生児の数	単胎・多胎(児)		医師または助産師の氏名 (印)					
お願い：文字を訂正されたときは訂正印を押印してください。所在地、医療機関名はゴム印を押印してください。									
事業主記入欄	平成 年 月 日		事業所名						
	上記のとおり証明します。 委任を受けた保険給付金は 当事業所と貴組合との間で 定められた方法で受領し、 請求者へ支給します。								
				事業主名 (代理人) (印)					
健康保険組合記入欄	資格取得日 昭和・平成 年 月 日			資格喪失日 平成 年 月 日					
	法定金額で支給		特記事項						
	被保険者	家族							
	生産1児	生産1児	承認欄	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	受付年月日
	生産2児	生産2児							
死産1児	死産1児								