

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	NEC	TELNET	8-0000-0000
氏名	健康 ☆男		所属	0000 事業部		
生年月日	昭和・平成 00年 0月 0日		自宅住所	〒 000-0000		
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。			000 市 00町 0000	TEL 00-0000-0000		
出産日	平成 00年 0月 0日		出産のために入院した期間	平成 00年 0月 0日から 平成 00年 0月 0日まで (0日間)		
出生児の氏名	フリガナ ケンコウ 00 氏名 健康 ☆		出産のために入院した病院等	所在地 000 00市 00町 000 医療機関名 0000 病院		
被扶養者が 出産のとき その者の氏名	フリガナ ケンコウ 000 氏名 健康 ○子		続柄	妻		
			生年月日	昭和・平成 00年 0月 0日		
			NEC健保扶養認定日	昭和・平成 00年 0月 0日		

被保険者記入欄

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カ月以内に出産した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 **家族が出産の場合でNEC健保加入後6ヶ月以内の出産のとき記入してください。**

所在地 _____ 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 支店 _____ 口座名義は請求者ご本人のものに限ります。

NEC健保の資格喪失後にも加入した(現在加入中) _____
 健康保険等の名称 _____ NEC健保加入後6ヶ月以内の出産のとき記入してください。

所在地 _____ 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)	助産師の氏名	(印)

※1項目も本人は記入してはいけません。

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(会社)の証明欄です。

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	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	承認欄					
死産1児	死産1児							