|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保  記入欄 | 資格 | 取得　 　年　 　月　　日 | 支給並支払  決定伺 | 常務理事 | 事務長 | 係員 | | 起案 |
|  |  |  |  |
| 喪失　 　年　　 月　　日 | 施行  万円 |
|  | | 支給額 | | | | | |
| **直接支払制度を利用されている方はこちらの用紙の提出は不要です** | | |  | | | | | |

**被保険者・被扶養者　　出産育児一時金請求書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の記入欄 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | 生年月日 | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | 昭和・平成  　　年　　月　　日 | | |
| 連絡先・住所 | 〒　　　 － | | | | | | | | | | | 勤務先Tel：  自　宅Tel： | | |
| 分娩年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | 出産の場合 | | | | 出生児数　　 人 | | |
| 出産区分 | 出産・死産（妊娠から満　　週［　　日］） | | | | | | | 死産の場合 | | | | 死産児数　　 人 | | |
| 分娩者氏名 |  | | | | 分娩者の資格認定日 | | | | | | | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | |
| 分娩者の生年月日 | | | | | | | 昭・平　　　　年　　月　　日 | | |
| 1. 被扶養者（家族）が資格取得後6ヶ月以内に出産する場合 | | | | | 1. 被保険者が資格喪失後に出産する場合 | | | | | | | | | |
| 以前加入の  保険者 |  | | □健康保険組合  □協会けんぽ  □国民健康保険 | | 現在加入の  保険者 | | | | |  | | | | □健康保険組合  □協会けんぽ  □国民健康保険 |
| TEL |  | | | | TEL | | | | |  | | | | |
| 退職年月日 |  | | | | 被保険者氏名 | | | | |  | | | | |
| 加入時の姓名 |  | | | |
| 保険証の  記号・番号 |  | | | | 保険証の  記号・番号 | | | | |  | | | | |
| 上記の通り請求します。  この請求に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。  日産自動車健康保険組合　常務理事殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 被保険者名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師  ・  助産師  の証明 | 分娩  年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | 出産区分 | | | 出産・死産（妊娠から満　　週［　　日］） | | | | | |
| 上記の通り相違ないことを証明します。  　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　医療機関等所在地  医師または助産師の  医療機関等名称  　　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名  ※訂正の際は二重線で抹消の上、正しい内容を記入し訂正印または証明者の氏名（サイン）をお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市区町村  の証明 | 本籍 |  | | | | | | | | | | 筆頭者  氏名 | |  | |
| 出生  届出日 | 令和　　年　　月　　日 | | | 出生児  氏名 | | |  | | | | 出生  年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | |
| 上記の通り相違ないことを証明します。  　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　市区町村長名　　　　　　　　　　　　　　　 印 | | | | | | | | | | | | | | |

**【添付書類】①～③を必ず添付してください。**

1. **医療機関からの領収書のコピー**
2. **医療機関から交付される「直接支払制度を利用しない」旨記載されている合意文書のコピー**
3. **母子手帳の出産証明書のコピーまたは上記の「医師・助産師の証明」または上記の「市区町村の証明」のいずれか**

※「被保険者の記入欄」の①欄または②欄に該当される場合は、出産育児一時金不支給証明書も添付してください。

＜提出先＞扶養家族の申請が必要な方は、家族異動申請と一緒に担当部署へご提出ください。

社内メール：［メールコード］Y［部署コード］健保　給付グループ

郵送：〒220-0011 横浜市西区高島2丁目6番32号 横浜東口ウィスポートビル20F 日産自動車健康保険組合 給付グループ

令和6年9月改定

年