

シナネン健康保険組合

金額	
一時金	円
出産費用	円
支給額	円

令和 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金請求書
(直接支払差額申請用)

被 保 険 者 の み の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所名		
	被保険者 の氏名					
	分娩する方 の氏名				出産日 令和 年 月 日	
	出生児 の氏名			被保険者 との続柄	死産の時 はその旨 妊娠 ヵ月後死産	
	①被扶養者(家族)の出産で分娩日以前(6ヶ月)に加入して いた健保		②被保険者(社員)が退職後(資格喪失後)に出産の 場合			
	前健保の資格喪失日 (退社日の翌日)	令和 年 月 日	当健保の資格喪失日 (退社日の翌日)	令和 年 月 日		
	前健保の 健保組合	健康保険組合			現在加入の 健保組合	健康保険組合
		記号	番号		記号	番号
	出産医療機関等の 名称・住所・電話番号	名称				
		所在地	〒 - 電話 ()			
委任状	この保険給付金の受領方を所属事業所に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名					

◎ 添付書類 出産医療機関の「請求明細書(写し)」を添付してください。

◎ 提出ルート 本人 ⇒ 事業所担当者(または店舗担当者) ⇒ 健康保険組合

◎ 提出方法 宅急便、または 郵送 (住所)シナネン健康保険組合

〒108-6306 東京都港区三田 3-5-27 三田ツインビル西館 6階
TEL03-6478-7818