

出産育児一時金差額支給請求書

スタンレー電気健康保険組合理事長殿

被保険者の氏名 保険証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	被保険者本人が氏名記入した場合、押印不要 ㊞
被保険者の連絡先 (自宅住所)	〒 _____ Tel ()			
被保険者の事業所名				
分娩年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	多胎の時 はその旨		
出生児氏名	(続柄 _____)			
資格喪失日 ㊱	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	←女性被保険者が退職後または任意継続を喪失後に 請求される場合、ご記入ください。		
◆被扶養者(家族)の方が出産された場合、ご記入ください。				
被扶養者 (出産者)の	氏名	生年月日 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日	扶養認定日 ㊲	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

↓被保険者の口座を記入してください。

振込先 (郵便局除く)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 営業所 <input type="checkbox"/> 出張所							
口座種別・番号 口座名義	<input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 当座							口座名義 (カタカナで記入してください)

【注意】

- ①または②と分娩年月日の期間が6ヶ月未満の場合は下記質問事項をご記入ください。
 ①を記入の方は「現在加入の健康保険」、②を記入の方は「以前加入の健康保険または勤務先」をご記入ください。

健康保険の種別 と名称と電話番号	<input type="checkbox"/> 社会保険→名称 (_____) TEL (_____) <input type="checkbox"/> 国民健康保険→市町村名を記入 (_____ 国民健康保険)		
社会保険名称が不明な 時は勤務先と電話番号	勤務先名称	TEL (_____)	
退職日・退職時氏名	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	退職時氏名	
上記健保に「出産育児一時金」を請求している		はい ・ いいえ (該当事項に○印)	

【添付書類】

分娩費用明細書 (直接支払制度を用いた場合には、「専用請求書の内容と相違ない」旨記載されている。)の写し