

出産育児一時金請求書（直接支払制度利用なし）

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
出生児氏名	多胎の時はその旨 (続柄)			
資格喪失日 ①	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	扶養認定日 ②	
		昭・平	年	月
		日	昭・平	年
			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	<input type="checkbox"/> 普通 (総合)								口座名義 (カタカナで記入してください)
口座名義	<input type="checkbox"/> 貯蓄								
	<input type="checkbox"/> 当座								

【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)	

医師・助産婦の証明欄※	分娩年月日	令和	年	月	日	出産区分	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)
	出生児数	単児 ・ 多胎 () 児			備考	生産後間もなく死亡した時は、「出生児は〇時間生存して死亡」等ご記入ください。	
	上記のとおり相違ないことを証明する						
	住所	令和 年 月 日					
医師・助産婦名	㊞						

※ 医師・助産婦の証明は、戸籍謄本・抄本（原本）の提出でも可。

【添付書類】

1. 出産費用の領収・明細書 (写)
2. 医療機関等から交付される代理契約に関する文書 (写) 「直接支払制度に係る代理契約を医療機関と締結していない旨」 および申請先となる保険者名「スタンレー電気健康保険組合」の記載があるもの