

家族が出産した場合

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 1	番号 12345	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 健保 太郎 (印)
被保険者の連絡先 (自宅住所)	〒123-4567 東京都世田谷区〇〇1-23-4 Tel 03 (4567) 8910			
被保険者の事業所名	スタンレー電気株式会社			
分娩年月日	平成18年2月3日	多胎の時 はその旨		
出生児氏名	治郎	多胎の場合は氏名併記	続柄 長男)	
資格喪失日 (1)	平成 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 健保 花子	生年月日 昭平 50年 1月 1日	扶養認定日 (2)	昭平 17年 9月 1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)	みずほ	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7	口座名義 (カタカナで記入してください) ケンポ タロウ

【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

健康保険の種別 と名称と電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 社会保険→名称 (人材派遣健康保険組合 TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 国民健康保険→市町村名を記入 (国民健康保険)	被保険者(本人) の口座
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 株式会社〇〇〇	TEL 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
退職日・退職時氏名	平成 17年 9月 1日	退職時氏名 健保 花子
上記健保に「出産育児一時金」を請求している	はい	いいえ (該当事項に〇印)

医師・助産婦の証明欄※	分娩年月日	平成 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。
	住所	平成 年 月 日		
	医師・助産婦名	(印)		

医師記入欄

※ 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

本人が出産した場合

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 1	番号 12345	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 健保 幸子 ⑩
被保険者の連絡先 (自宅住所)	〒 123 - 4567 東京都世田谷区〇〇1-23-4			Tel 03 (4567) 8910
被保険者の事業所名	スタンレー電気株式会社			
分娩年月日	平成 18 年 2 月 3 日	多胎の時 はその旨		
出生児氏名	治郎 (続柄 長男)			
資格喪失日 ①	平成 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 ②	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)	■ 銀行 □ 信用金庫 □ 労働金庫 □ 農協	■ 支店 □ 営業所 □ 出張所	
口座種別・番号 口座名義	■ 普通(総合) □ 貯蓄 □ 当座	1 2 3 4 5 6 7	口座名義(カタカナで記入してください) ケンポ サチコ

【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

②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

健康保険の種別 と名称と電話番号	□社会保険→名称() TEL () □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	平成 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)	

被保険者(本人)
の口座

医師・助産婦の証明欄	分娩年月日	平成 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。
	住所	平成 年 月 日		
医師・助産婦名	⑩			

医師記入欄

※ 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