

※組合記入欄	支給額	円	摘要
--------	-----	---	----

被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (兼差額申請用) 321

被保険者が記入するところ	① 被保険者の保険証記号・番号	記号	1 2 3	② 事業所の名称・所属	名称	(会社名)
		番号	4 5 6 7 8 9		所属	(所属名)
③ 出生児の氏名等	(新生児の氏名) (第○子)	生産児数	○人	④ 出産年月日	令和 ○年 ○月 ○日	
		⑤ 出産した家族の氏名等	(旧姓)			
⑦ 出生児が被扶養者かどうか等	ある	ない理由	(13) 直接支払制度	⑧ 死産のときはその旨等	(妊娠第 月)	死産児数 人
			はい			
医師・助産師・市区町の証明	⑨ 出産年月日	令和 ○年 ○月 ○日	⑩ 生産・死産の別	⑪ 生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	又は出産児の数	単胎・多胎 (児)				
上記のとおり相違ないことを証明する 令和 ○年 ○月 ○日 医師・助産師 又は市区町村長 (住所) 又は市区町村長 (住所) 又は市区町村長 (住所) (産医補加入スタンプ印押印箇所) 医療機関 医師 (担当医師名) TEL (電話番号)						※ 市区町村長の証明印 (出産のみ) ㊟

※被扶養者認定日以後6ヶ月以内の出産で、家族出産育児一時金の請求のとき、又は、資格喪失後6ヶ月以内の出産で被保険者出産育児一時金を請求するときは、次の証明をお願いします。

以前健保証明	(11) 元被扶養者名 (記号・番号)	(12) 資格喪失年月日	年 月 日
	上記について出産育児一時金(家族)を支給していないことを証明します。 年 月 日 健康保険名称 所在地・TEL 氏名		

委任するところ

令和 ○年 ○月 ○日 上記のとおり請求します。

南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿

私は上記請求に関する一切の事務を (庶務担当者の氏名) に委任いたします。

受付日付

被保険者の
住所 (住所)
氏名 (氏名)

20220401 改訂

◎請求上の注意

- 被保険者が出産したときは、「被保険者」を、被扶養者が出産したときは、「家族」を○で囲んで下さい。
- 同一の出産につき、「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」等の複数の給付を受けることができません。
- この請求をするときには、必ず分娩機関発行の①合意書(写)、②領収・明細書の写し(産医補加入スタンプ印)を添付し健保組合に提出して下さい。

この申請書には、医師又は助産師証明または市区町村長証明の記入が必要です。
 医師・助産師の証明を受ける場合は押印不要ですが、市区町村長から証明を受ける場合は押印必須(※)した上で提出して下さい。
 ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。現職の方は、事業主経由にて手続き・支払いを行います。

南海電気鉄道健康保険組合