用紙C-13号(令和6.12)

支給決定伺	常務理事	事務長				担当

伺年月日	令和　年　月　日	支払年月日	令和　年　月　日
資格取得日	平成 令和　年　月　日	資格喪失日	令和　年　月　日
支給額(法定給付)			円

被保険者・家族　出産育児一時金　請求書

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号	記号		番号		被保険者氏名	
分娩年月日	令和　年　月　日		出生児名		続柄	
分娩した場所(病院名等)						

被保険者が資格喪失後分娩のとき記入

※現在加入の健康保険について記入してください。

健康保険組合名			電話番号	(　)	
記号		番号		夫の氏名	

家族分娩のとき記入

被扶養者(分娩者)氏名		※　継続して1年以上被保険者であり、被保険者の資格を喪失後6ヶ月以内に分娩の場合は不支給証明書を提出していただく場合もあります。

分娩日から6ヶ月前に加入していた健康保険について記入してください。(1〜2のいずれかに○を)

1. JVCケンウッド健康保険組合の被扶養者
2. その他　　1.以外の場合は下の欄にご記入願います。↓↓

健康保険組合名				電話番号	(　)
記号		番号		資格取得日	平成・令和　年　月　日
				資格喪失日	令和　年　月　日

振込先

銀行コード		店番号		フリガナ	
フリガナ				名義人	
銀行・信組 信金・農協		支店		口座番号	普・貯・当

※被保険者の口座をご記入願います。

上記のとおり請求します。

令和　年　月　日

被保険者(請求者)
- 会社名
- 所属
- 〒
- 自宅住所
- 氏名
- ☎　(　)

JVCケンウッド健康保険組合　殿

医師・助産婦又は市区町村長が記入するところ

分娩年月日	令和　年　月　日
生産又は死産の別	生産・死産　(妊娠　ヵ月)
出生児の数	単胎・多胎　(　児)

上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

病院名・所在地

医師・助産婦名

(又は)市区町村長名

電話番号　(　)

事業所健保担当者
所属 年　月　日
健保受付印

注意事項　※直接支払制度を利用しない場合、または分娩費用42万円以下の場合申請してください。

1. 医師または助産師から証明をもらわない場合は出生証明書(または住民票)と母子健康手帳(出生日と出生児名と分娩者名記載)の写しを添付してください。
2. 医療機関の分娩費用の請求書(領収書)の写しを添付してください。
3. 医療機関の直接支払制度の合意文書(写し)を添付してください。
4. 被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下部余白へ記載してください。
   (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)