

記入例

家族出産育児一時金請求書 (2316)

※請求の時効は2年です

※締切日以降健保到着分は翌月支払です

請求前に必ず「直接支払制度を利用していない」ことを確認して下さい。

○日提出
番号

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	1 - 123456	被保険者氏名	健保 太郎 印	1234567			
	所属	〇〇 部 〇〇 室・工場 〇〇 課 〇〇 係						
	社内メール	1234	内線 又は外線	551-12345	書記名	〇〇	書記TEL	551-12300
	出産した方の氏名	健保 花	出生児名	一郎	出産日	H・R 〇年 5月 1日		
	被保険者住所	〒 448 - 〇〇〇〇 刈谷市〇〇町〇丁目〇番地 TEL(0566) 〇〇 - 〇〇〇〇						
	出産した方は6ヶ月以内に被保険者として健康保険の資格がありましたか？	はい (下記記入のこと) ・ いいえ						
	前項で「はい」に○を付けた方のみ記入して下さい	勤務期間	H・R 年 月 ~ H・R 年 月		保険の種類と記号-番号			
		勤務先名称						
		勤務先住所・電話番号	TEL () -					
	給付金振込先	※裏面<4.請求書記入上の注意事項>⑦をご確認下さい。						
金融機関	<p>健保登録口座がある事業所は、原則、健保登録口座に振り込みますので記入不要です。 詳しくは、デンソー健康保険組合HPをご覧ください。 【健保の給付】 → 病気やけがをしたとき → 健保登録口座がある事業所一覧</p>							
6	7	印						

医師・助産師又は市区町村長のどちらか一方の証明を下記に受けて下さい。

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明	分娩日	令和 〇年 5月 1日	出生児数	单胎・多胎 (児)	生死産別	生産・死産 (妊娠 週 日)
	上記の通り相違ないことを証明する。					
	住所	刈谷市〇〇町〇〇丁目〇番地				
名称	〇〇〇〇クリニック 印					
氏名						

市 区 町 村 長 の 証 明	本籍				筆頭者氏名	
	出生届出年月日	令和 年 月 日	出生年月日	令和 年 月 日	出生児氏名	
	上記の通り相違ないことを証明する。					
市区町村長名					印	

必要書類 (書類確認の際にご利用下さい)

<input type="checkbox"/> 直接支払制度を利用していない旨が記載されている文書 (合意文書等) の写し
<input type="checkbox"/> 分娩費用の領収書の写し

健 保 使 用 欄	資格取得日	資格喪失日	扶養認定日	領収書	(有 ・ 無)
	出生児数及び給付額	单胎 (420 千円 ・ 408 千円)		産科医療制度	(有 ・ 無)
				多胎 (児) × 000円	【備考欄】

2022.01 改定

室長	検討	担当	受付