

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

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	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。																	
	1	—	1	2	3	4	5	6	氏 名 (署名)	健保 太朗	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						出産日		R 〇年 5月 1日							
	被保険者住所		〒 4 4 8 - 〇〇〇〇						TEL (0 5 6 6) 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		R 年 月 ~ 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>⑥ をご確認ください。																
フリガナ		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																
〇		6 7																
金融機関		ウ																
		8																

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	単胎・多胎 (児)	生死産別	生産・死産 (妊娠 週 日)
	上 記 の 通 り 相 違 い の こ と を 証 明 す る。					
	住所					
	名称 刈谷市〇〇町〇〇丁目〇番地					
氏名 〇〇〇〇クリニック						
印						

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 い の 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)

☐ 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
☐ 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	単胎 (500 千 円 ・ 488 千 円)		産 科 医 療 制 度		(有 ・ 無)		
		多胎 (児) × 000円		【備考欄】				

2024.12 改定

室 長	検 討	担 当	受 付