

被保険者・家族 出産育児一時金請求書

日本電気健康保険組合 御中

被保険者証 記号・番号	記号	番号	会社名	NEC	TELNET	8-0000-0000	
氏名	健康	☆男	所属	0000	事業部	メールNo. 00-0000	
生年月日	昭和・平成	00年 0月 0日	自宅住所	〒	000-0000	000 00市 00町 0000	
出産日	平成	00年 0月 0日	出産のために 入院した期間	平成	00年 0月 0日から	平成	00年 0月 0日まで (0日間)
出生児の氏名	フリガナ	ケンコウ 00	氏名	健康	☆	所在地	000 00市 00町 000
被扶養者が 出産のとき その者の氏名	フリガナ	ケンコウ 000	氏名	健康	○子	続柄	妻
						生年月日	昭和・平成 00年 0月 0日
						NEC健保扶養認定日	昭和・平成 00年 0月 0日

被保険者記入欄

出産者が被扶養者(家族)の場合
家族がNEC健保に被扶養者として認定された日から6カ月以内に出産したときは記入してください。

家族がNEC健保の被扶養者と認定される前に加入していた
 健康保険等の名称 **家族が出産の場合でNEC健保加入後**
6ヶ月以内の出産のとき記入してください

所在地 _____ 資格取得日 昭和・平成 年 月 日
 脱退日 平成 年 月 日

出産者が被保険者(本人)の場合
退職予定者、または退職後に請求するときは記入してください。

退職年月日 平成 年 月 日 金融機関名 _____ 口座番号 _____ フリガナ _____
 支店 _____ 口座名義は請求者ご本人のものに限ります。

NEC健保の資格喪失後にも加入した(現在加入している)
 健康保険等の名称 **本人が出産の場合で退職後の出産のとき**
記入してください。
また、在職中の出産でも退職予定のかたは
記入してください。

所在地 _____ 資格取得日 平成 年 月 日
 扶養年月日 平成 年 月 日

医師または助産師の証明欄	出産日	平成 年 月 日	記載のとおり相違ありません。	平成 年 月 日
	分娩時の状態	正常 異常	所在地	
	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)	医療機関名	
	出生児の数	単胎 多胎(児)	助産師の氏名	

医師に記入(証明)してもらいます。
※1項目も本人は記入してはいけません。

お願い: 文字を訂正されたときは訂正印を押印してください。所在地、医療機関名はゴム印を押印してください。

事業主記入欄

平成 年 月 日 事業所名 _____

上記のとおり証明します。
 委任を受けた保険給付金は
 当事業所と貴組合との間で
 定められた方法で受領し、
 請求者へ支給します。

事業主(会社)の証明欄です。

事業主名 (代理人) _____

健康保険組合記入欄	資格取得日	昭和・平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日
	法定金額で支給	特記事項		
	被保険者	家族		
	生産1児	生産1児	常務理事	事務長
	生産2児	生産2児	マネージャー	主任
	死産1児	死産1児	担当	受付年月日