

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 記 入 欄	健康保険 記号・番号	記 号	番 号	会社名	TELNET - -			
	氏名	令和 年 月 日	所属	メールNo. -				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	自宅住所 〒	Tel - -				
	出産日	令和 年 月 日	出産のために 入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ( 日間)				
	出生児の氏名	フリガナ 氏名	出産のために 入院した病院等	所在地 医療機関名				
	被扶養者が 出産のとき その者の氏名	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	NEC健保扶養認定日			
				昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日			
	<b>出産者が被扶養者(家族)の場合</b>							
	<b>家族がNEC健保に被扶養者として認定された日から6ヶ月以内に産のときは記入してください。</b>							
	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			記 号	番 号			
健康保険等の名称			資格取得日 平成・令和 年 月 日					
所在地			脱退日 令和 年 月 日					
電話 ( )								
<b>出産者が被保険者(本人)の場合</b>								
<b>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。口座情報未記入のときは給付が遅れることがあります。</b>								
退職年月日		金融機関名	口座番号		フリガナ			
令和 年 月 日		銀行	(普通)		名義			
		支店			氏名			
NEC健保の資格喪失後にあなたが加入した(現在加入している)			被 保 険 者	フリガナ				
健康保険等の名称			記 号	番 号				
所在地			資格取得日 令和 年 月 日					
電話 ( )			扶養年月日 令和 年 月 日					
医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明 欄	出産日	令和 年 月 日	記載のとおり相違ありません。				令和 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)	医師または助産師の氏名					
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	令和 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。		事業主名 (代理人)					
健 康 保 険 組 合 記 入 欄	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日	令和 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	マネージャー	主任	担当	受付年月日
	生産2児	生産2児						
死産1児	死産1児	承認欄						