

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	被保険者証 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 - -				
	在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。								
	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	
	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ヶ月以内に出産の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				記号	番号				
健康保険等の名称				健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険					
所在地				資格取得日 平成・令和 年 月 日					
電話 ()				脱退日 令和 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。口座情報未記入のときは給付が遅れることがあります。									
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 支店		(普通)		名義			
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				健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険		氏名			
所在地				記号	番号				
電話 ()				資格取得日 令和 年 月 日					
				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。					
	分娩時の状態	正常・異常		令和 年 月 日					
	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)		所在地					
	出生児の数	単胎・多胎(児)		医療機関名					
				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	承 認 欄	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								