

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	会社名			
	令和 年 月 日		所属	メールNo.	-	
	氏名		自宅住所 〒			
	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		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 昭和 平成 令和	NEC健保扶養認定日 昭和 平成 令和
	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 健康保険等の名称 所在地 電話			記号	番号		
健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険			資格取得日 平成・令和 年 月 日			
			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ことがあります。						
退職年月日 令和 年 月 日	金融機関名 銀行 支店	口座番号 (普通)	フリガナ 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) 健康保険等の名称 所在地 電話			被保険者 フリガナ 氏名			
健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険			記号	番号		
			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。	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	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							