

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														
健康保険 記号・番号														
記号														
番号														
会社名														
令和 年 月 日														
氏 名														
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日														
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。														
Tel - -														
所属 メールNo. -														
自宅住所 〒														
出産日 令和 年 月 日														
出産のために 令和 年 月 日から														
入院した期間 令和 年 月 日まで (日間)														
出生児の氏名														
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 氏名														
出産のとき														
その者の氏名														
続柄														
生年月日														
昭和 平成 令和 年 月 日														
NEC健保扶養認定日														
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														
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														
電話 ()														
記号														
番号														
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ることがあります。														
退職年月日														
金融機関名														
口座番号														
氏名														
名義														
令和 年 月 日														
銀行														
支店 (普通)														
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														
健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険														
所在地														
電話 ()														
被保険者														
氏名														
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														
承認欄														
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														