

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 記号・番号	記号	番号	会社名	NEC	
令和 年 月 日			所属	事業部	メールNo.
氏名	健康 ☆男		自宅住所	〒 市 町	
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 ケンコウ 氏名 健康 ☆		出産のために 入院した病院等	所在地 市 町 医療機関名 病院	
被扶養者が 出産のとき その者の氏名	フリガナ ケンコウ 氏名 健康 ○子		続柄	妻	
			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	

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ヵ月以内に出産したときは記入してください。

家族がNEC健保の被扶養者として認定されている(記入済)場合
健康保険等の名称 NEC健保 番号
所在地 資格取得日 昭和・平成・令和 年 月 日
脱退日 平成・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 支店
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。
NEC健保の資格喪失後に本人が加入した(現在加入している)
健康保険等の名称 NEC健保 番号
所在地 資格取得日 平成・令和 年 月 日
扶養年月日 平成・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(証明)してもらいます。

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

※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

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(会社)の証明欄です。
事業主名 (代理人)

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
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