

|       |   |   |    |       |     |    |     |
|-------|---|---|----|-------|-----|----|-----|
| 支給額   | ※ | 円 | 備考 | 常務理事  | 事務長 | 課長 | 係   |
| ⑤ 年月日 | 年 | 月 | 日  |       |     |    |     |
| 資格取得日 | 年 | 月 | 日  |       |     |    |     |
| 資格喪失日 | 年 | 月 | 日  | 分べんの日 | 令和  | 年  | 月 日 |

## 被扶養者（家族）出産育児一時金 請求書

令和 4年 10月 12日 請求

|  |                 |  |                 |             |               |              |        |
|--|-----------------|--|-----------------|-------------|---------------|--------------|--------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者証の<br>記号・番号 | 記号   | 11              | 被保険者の氏名     | 健保 太郎         |              |        |
|  |                 | 番号   | 1234            | 生年月日        | 昭和・平成         | 1年           | 10月 1日 |
|  | 被保険者の<br>現住所    | 〒 123 4567<br>東京都新宿区幡ヶ谷 1-2-3  |                 |             | TEL           | 03-4567-7890 |        |
|  | 事業所名            | オリンパス株式会社  |                 |             | (内線 750-1234) |              |        |
|  | 分娩した者の氏名        | 健保 花子  | 分娩年月日           | 令和 4年 7月 4日 | 死産の時は<br>その旨  |              |        |
| 生年月日   | 昭和 平成           | 3年 5月 14日  |                 |             |               |              |        |
| フリガナ   | ケンボ イチロウ        |  |                 |             |               |              |        |
| 出生児の氏名<br>(死産等の場合は記載不要)                                  | 健保 一郎           |  | 被保険者と<br>出生児の関係 | 長男          | 備考            |              |        |
| 扶養認定後（資格取得後）<br>6ヶ月以内の出産であるとき                            |                 | 以前“被保険者（本人）”として健康保険へ加入していた。<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他健康保険・共済組合 <input type="checkbox"/> いいえ (以前も家族の被扶養者だった)<br>※「はい」の方は「不支給証明書」の添付が必要です。ただし「国民健康保険」の場合は不要。 |                 |             |               |              |        |

|   |   |          |          |               |       |                |
|---|---|----------|----------|---------------|-------|----------------|
| 市<br>区<br>医<br>師<br>・<br>助<br>産<br>師<br>の<br>証<br>明<br>又<br>は<br>、<br>長<br>の<br>助<br>産<br>師<br>明<br>す<br>る<br>欄 | 分娩年月日                                     | 令和 年 月 日 | 生産又は死産の別 | 生産・死産（妊娠 月 週） | 出生児の数 | 単胎・多胎（ 児）      |
|   | 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日               |          |          |               |       |                |
|   | 医療施設の名称・所在地 医師・助産師の証明欄                    |          |          |               |       |                |
|   | 医師又は助産師名                                  |          |          |               |       |                |
| 本籍  | 「医師・助産師」または「市区町村」のど<br>ちらか一方の証明をもらってください。 |          |          |               |       |                |
| 出生届日  | 令和 年 月 日                                  | 出生児氏名    |          |               |       | 出生年月日 令和 年 月 日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日   |   |          |          |               |       |                |
| 市区町村長名 市区町村の証明欄   |   |          |          |               |       |                |

本請求によって、「赤ちゃん!」の育児誌を3年間お送りします(退職者は除く)。発送のため赤ちゃん和妈妈社にあなたの住所情報  
渡します。不要として拒否される方は右欄の拒否の口にレ印をつけてください。  拒否

|                                 |                             |       |                 |               |  |
|---------------------------------|-----------------------------|-------|-----------------|---------------|--|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>の<br>欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |       |                 | 委任者と代理人との関係   |  |
|                                 | 本人                          | 住所    | 東京都新宿区幡ヶ谷 1-2-3 | 令和 4年 10月 12日 |  |
|                                 | 氏名                          | 健保 太郎 |                 |               |  |
| 代理人                             | 住所                          | ----- |                 |               |  |
|                                 | 氏名                          | ----- |                 |               |  |

注) OT以外の加入者は、「振込を希望する銀行」の欄(被保険者名義の口座)を記入してください。

|   |       |  |       |         |    |
|---|-------|--|-------|---------|----|
| 振<br>込<br>を<br>希<br>望<br>す<br>る<br>銀<br>行 | 銀行コード | 0009   | 銀行名   | 〇〇      | 銀行 |
|   | 店番号   | 123  | 支店名   | 幡ヶ谷     | 支店 |
|   | 預金種目  | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号  | 0123456 |    |
|   | 口座名義  | カタカナ(必ず記入)   |       | ケンボ タロウ |    |
|   | 漢字    |  | 健保 太郎 |         |    |

|        |   |  |  |  |  |  |
|--------|---|--|--|--|--|--|
| 備<br>考 | ・被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。<br>個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。<br><input type="checkbox"/> 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 <input checked="" type="checkbox"/> ) |  |  |  |  |  |
|        | ・OT以外で「公金受取口座登録制度」を利用する場合は、本申請の前に口座登録の手続きを行い、下記に☑を入れてください。(上記口座欄の記入不要)<br><input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。   |  |  |  |  |  |

|   |                           |          |      |
|---|---------------------------|----------|------|
| 事<br>業<br>主<br>が<br>証<br>明<br>す<br>る<br>欄 | 上の申請について、事実と相違ないことを証明します。 | 令和 年 月 日 | ※受付印 |
|   | 事業所                       |          |      |
|   | 所在地                       |          |      |
|   | 事業主名                      |          |      |

※産科医療補償制度の掛金を含む出産育児一時金の請求には、制度加入を示すスタンプもしくは該当する旨が印字された領収書コピーの添付が必要です。  
オリンパス健康保険組合

R4.10

\*請求書の印刷はA4でお願いいたします。

【記入上の注意】ボールペン等の消えないペンで記入してください。

OT在籍者は給与で給付します。  
他の事業所勤務者は銀行口座への振り込みです。

- ① 年月日を記入する場合、パソコンでの入力は半角数字で西暦で入力することで和暦表示されます。
- ② OTは被保険者本人の給与振込しますので、受取代理人の欄の被保険者本人を記名。OT以外の方は銀行振込となりますので、「振込を希望する銀行」の欄に記入してください。ただし、被保険者本人以外の口座に振込を希望する場合は受取代理人の欄に被保険者本人と代理人を記名してください。事業主以外の代理人の場合は「委任者と代理人との関係」にその関係を記入してください。
- ③ 口部へはカーソルを当ててクリックすることでレの印がつけられます。
- ④ 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消し訂正印を押し、その上に正しい字句を記入してください。
- ⑤ ※印欄には記入しないでください。
- ⑥ 育児誌「赤ちゃん!」は、出産時点で当健康保険組合の加入者ではなかった方への配付はありません。