

被保険者(本人) 出産育児一時金 請求書
被扶養者(家族) 出産育児一時金付加金

【直接支払制度用】

事業主へ令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

① 被保険者(申請者)

⇒ ②

＜事業所名＞	
〇〇〇〇株式会社	
マネージャー	担当者
健保一郎	健保二郎

⇒ ③

＜ENEOSグループ健康保険組合処理欄＞

支給 支出 決定 伺	令和 年 月 日	
	常務理事	事務長

私(申請者)は、給付業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。
なお、当健保組合のホームページに個人情報の管理方法等の詳細が掲示されています。

- 医療機関等と直接支払制度の利用について合意文書を交わされた場合、この請求書で申請してください(合意文書の写しの添付は不要です)。
- 法定給付額との差額が発生した場合の出産育児一時金および出産育児一時金付加金の支給については、医療機関等から健保組合への請求が出産月より約2ヶ月後となるため、請求額を健保組合で確認後に支給いたします。

被保険者証記号	1234	番号	1234567	会社名(出向元)	〇〇〇〇株式会社
被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			事業所・所属	〇〇〇〇事業所 総務部 総務グループ
生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
被保険者住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
被扶養者(家族)が 出産した場合 その方の氏名	健保 花子	続柄	妻	生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
出産日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週 日)
出生児の氏名 (双子などの場合は、連名で記入)	健保 一斗			続柄	長男
出生児は ENEOSグループ健保組合 の被扶養者ですか	はい・いいえ	「はい」の場合で、出生児が 被保険者(本人)以外のENEOS 健保の被扶養者となる場合の 記号番号		記号	番号
		「いいえ」の場合で、 出生児が被扶養者 でない理由		<input type="checkbox"/> 配偶者が加入する健康保険の被扶養者であるため <input type="checkbox"/> その他 ()	
被保険者(本人)が 出産した場合、退職後6ヵ月以内 の出産ですか					はい・いいえ
被扶養者(家族)が 出産した場合、ENEOSグループ 健保組合の被扶養者認定日から 6ヵ月以内の出産ですか					はい・いいえ
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 出産費用明細書の写し	「産科医療補償制度加入機関」の スタンプ(右図参照)が押印してあるもの			または 「産科医療補償制度の対象分娩 です」等の文言記載があるもの
	※出産費用明細書にスタンプの押印または文言記載がない場合には、スタンプまたは文言のある領収書などの書類(写)を合わせて添付してください。				

健康 保険 組合 処理 欄	支給金額	法定				事務 処理 チ デ エ ツ タ ク
	付加					
	合計					

受付日付印