

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

【海外出産・直接支払制度を利用しない】用

事業主へ令和 年 月 日提出

被保険者(申請者)
① ↓
② ↑
医師・医療機関の証明

⇒ ③

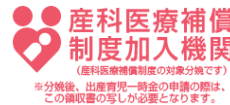
<事業所名>	
マネージャー	担当者

⇒ ④

<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	担当者

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揭示されています。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者記号	番号	会社名(出向元)			
	被保険者氏名	(フリガナ) 本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。(任継を除く)		事業所・所属		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
	被保険者住所	〒 - 電話番号 () -				
	被扶養者(家族)が 出産した場合 その方の氏名	続柄	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	出産日	令和 年 月 日	出生児の氏名 (双子などの場合は、連名で記入)	続柄		
	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ヶ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ヶ月以内の出産ですか				はい・いいえ	
添 付 書 類	直接支払制度を利用しない場合	<input type="checkbox"/> 出産費用明細書の写し <input type="checkbox"/> 直接支払制度を利用しない合意文書の写し				
	海外で出産した場合	<input type="checkbox"/> 出生証明書の写し <input type="checkbox"/> 出生費用に係る領収書の写し				



(海 外 ま た は 助 産 師 の 場 合 は の 証 明 欄 不 要)	出産者氏名			出産日	令和 年 月 日	
	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)	出産時の状態	正常・異常	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します。					
	医療機関の所在地				令和 年 月 日	
	医療機関の名称					
医師または助産師の氏名						
電話番号						

※内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と医師または助産師の氏名を記入願います。

受付日付印

健 康 保 険 組 合 処 理 欄	支 給 金 額	法定			事 務 処 理	チ ェ ッ タ ク ・
		付加				
		合計				