

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

事業所番号		

【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 ↓
医師・医療機関の証明
② ↑

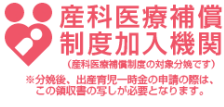
⇒ ③

<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>		
支給支出決定欄	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。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証記号	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	〒 ー ー 電話番号 () ー ー		
	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	平成・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	「いいえ」の場合、 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	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	「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 
	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	

(医 師 外 出 産 は の 助 産 師 の 不 要 明 欄)	出産者氏名		出 産 日	平成・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。 令和 年 月 日			
	医療機関の所在地			
	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。

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						

受付日付印