

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

事業主へ令和〇〇年〇〇月〇〇日提出


被保険者(申請者)
① ↓
② ↑
医師・医療機関の証明

<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

<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揭示されています。

被保険者記号	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 ヨシコ 健保 良子			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	続柄	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
出産日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	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、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、 出生児が被扶養者 でない理由	<input checked="" 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 か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 か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 checked="" type="checkbox"/> 出産費用明細書の写し <input checked="" 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)の押印または 「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	
	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		 産科医療補償 制度加入機関 (産科医療補償制度の対象分娩です) ※分娩後、出産育児一時金の申請の際は、 この領収書の写しが必要となります。	

(海外 または 助産師 の証明 欄は 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()	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。	医師または助産師に 証明をいただいでください (海外出産の場合は不要)		
	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 データ ク・
		付加						
		合計						

受付日付印