

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

事業所番号			
1	2	3	4

【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

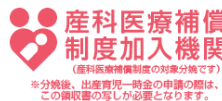
被保険者(申請者)
① ↓
② ↑
医師・医療機関の証明

<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

支給 支出 決定 欄	ENEOSグループ健康保険組合処理欄		
	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掲示されています。

被 保 険 者 記 入 欄	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 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	平成(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		「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 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 <input checked="" 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 出 産 は の 助 産 師 の 証 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。						
	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。

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