

【提出先】

郵送の場合：〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
 サントリー健康保険組合宛
 社内メールの場合：サントリー大阪オフィス内 健保組合宛

出産育児一時金請求書

(これは直接支払制度や受取代理制度を利用しない方の請求書です)

※ 分娩機関との合意書コピーと領収明細書のコピーを添付ください
 (海外で出産の場合は添付不要です。)

被 保 険 者	勤務先	事業所	部署
	保険証	記号	番号(氏名コード)
	氏名		
	所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。		

年 月 日 申請

被 保 険 者 (申 請 者 記 入 欄)	分娩した者 (* 被保険者・配偶者他) 氏名	続柄	分娩の年月日 年 月 日	* 該当○印 生産 死産	出生児の氏名	
	生年月日 [和暦]	年 月 日生				
	出生児があなたの被扶養者であるかどうか ※ 該当○印 ・ 被扶養者である → 「健康保険被扶養者異動届」を送付ください ・ 被扶養者でない → [理由] ア. 夫の被扶養者である イ. その他()					
	* 該当○印 ア. 在職者の場合、給与口座に振り込みます。(口座記入不要) イ. 任意継続被保険者の場合、健保給付金振込登録口座に振り込みます。(口座記入不要) ウ. 任継でない退職者の場合、以下の指定口座に振り込みます。					
	振込先	銀行	フリガナ 銀行	支店コード 支店 []		
		口座	番号 普通 当座	フリガナ 名 義		
		被保険者 住所・電話	〒	TEL		
	分娩した者(被扶養者)が扶養認定後6ヶ月以内に出産された場合 } のみ記入ください 分娩した者(被保険者)が退職後6ヶ月以内に出産された場合 }					
	(被扶養者が分娩日より6ヶ月前に加入していた) 名称: (被保険者が分娩日に加入している) TEL: 健保組合の名称と連絡先 上記の健保より出産育児一時金を 受けない・受ける (* 該当○印)					
	※上記健保組合へ一時金請求されていない事を確認することがありますがご了承ください。					

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	分娩の年月日	年 月 日	出生児の数 * 該当○印	単胎 多胎 (児)	生産死産の別 * 該当○印	生産 死産	妊娠 第 週 または 第 月
	* 該当○印 産科医療補償制度に 加入している ・ 加入していない						
	上記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日						
	医療施設の名称・所在地						
	医師・助産師の氏名						

健 保 支 給 決 定 欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定額					
				出産育児一時金					
				¥	万	千	百	十	円
							0	0	0
	分娩の年月日	年 月 日	被保険者の資格	年 月 日 取得・喪失	備 考	支給年月 . . .			
扶養者認定の有無	有(年 月 日) ・ 無								
産科医療補償制度加入	有(領収明細の所定印) ・ 無								
直接支払制度利用	無(合意書の確認)								