

【提出先】

〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40
 サントリー大阪オフィス内
 サントリー健康保険組合宛

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。)

【和暦】 〇〇年 〇月 〇日 申請

被 保 険 者	勤務先	事業所	部署
		SWH	総務部
	保険証	記号	番号
	0000	000000	
	氏名	健保 太郎	
	所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。		

被 保 険 者 (申 請 者 記 入 欄)	分娩した者 (* 被保険者・配偶者他)	分娩の年月日
	氏名	【和暦】
	健保 愛子	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	続柄	* 該当〇印
	妻	生産
	生年月日 [和暦]	死産
	平成2年6月9日生	
	出生児があなたの被扶養者であるかどうか	
	※ 該当〇印	被扶養者である → サントリー健保HPの「MY HEALTH WEB」より加入申請をしてください
		被扶養者でない → [理由] ア. 夫の被扶養者である イ. その他 ()
	* 該当〇印	
	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	支店コード
	フカナ	銀行
	口座	支店 []
	番号	普通
	当座	名
	被保険者	義
	住所・電話	フカナ
	TEL	
	分娩した者(被扶養者)が扶養認定後6ヵ月以内に出生された場合	} のみ記入ください
	分娩した者(被保険者)が退職後6ヵ月以内に出生された場合	
	(被扶養者が分娩日より6ヵ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 (*該当〇印)
	※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	出生児の数 * 該当〇印	生産死産の別 * 該当〇印
	【和暦】	単胎	生産
	年 月 日	多胎 (児)	死産
			妊娠 第 週 または 第 月
		* 該当〇印	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。		
	【和暦】	年 月 日	
	医療施設の名称・所在地		
	医師・助産師の氏名		
	TEL:		

健 保 支 給 決 定 欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定額				
				万	千	百	十	
	出産育児一時金				¥	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			
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)				
				支給年月 . . .				