

取扱注意

秘密情報
複製禁止

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

健康保険受付	登録	受取手	事務長	関係者	担当
再生紙（裏紙）での申請は不可		連絡先は業務時間内（9：00～17：00）に連絡が取れる番号（内線・PHS・外線等）をご記入ください。			
支給額					
資格取得	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日	資格喪失	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日		

健康保険

~~家族~~ 出産育児一時金
(直接支払制度を利用しない場合)

中部電力健康保険組合 常務理事 殿

令和 〇〇 年 5 月 15 日 届出

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号 1	会社名・所属	〇〇(株) △△支店××部××G		
		番号 43210	連絡先	☎ ×××-××××-××××		
	被保険者氏名	健保 花子				
	分娩した者の氏名	健保 花子		生年月日	昭和 4 年 7 月 7 日	続柄 本人
	分娩年月日	令和 〇〇 年 5 月 5 日		妊娠	10 ヶ月・40 週	
	生産または死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		「生産」の場合 出生児数	1 児	「死産」の場合 死産児数 児
	名称（健康保険組合名等）／国民健康保険加入の場合は国民健康保険と記入 〇〇〇〇健康保険組合（国民健康保険組合）					
	記号 777	番号 88888	TEL (052) 000 - 0			

当組合の資格を喪失して6ヶ月未満の場合は現在加入の健康保険をご記入ください。

※証明は「医師・助産師」もしくは「市町村長」のどちらか一方で可

証明者が記入するところ	分娩年月日	令和 〇〇 年 5 月 5 日	出生児の数	単胎・多胎（ 児 ）	
	生産死産の別	生産 死産（妊娠 〇 月・ 〇 週）	備考		
	上記のとおり相違ないことを証明します 令和 〇〇 年 5 月 10 日				
	医療施設の名称・所在地		名古屋市〇〇区××町△番地 東レディースクリニック		
	医師・助産師名		院長 東 五郎		
	筆頭者氏名	健保 一男	本籍	愛知県名古屋市〇〇区△△町××1丁目2-3	
出生児氏名	健保 一男		年 5 月 7 日	年 5 月 5 日	
上記のとおり相違ないことを証明します 令和 〇〇 年 5 月 10 日					
市区町村長名		名古屋市長 名古屋 太郎 印			

必ずどちらか一方の証明が必要です。

◎*の部分について

- ①家族出産育児一時金を請求する場合に分娩者の旧被保険者証について記入。（前加入健保の不支給証明添付）
- ②出産育児一時金を中電健保資格喪失者（退職後6ヶ月以内）が請求する場合は、現在加入している（被扶養者として）健康保険被保険者証について記入。（現在加入健保の不支給証明添付）
- ◎医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）のコピーおよび費用の内訳を記した領収・明細書（直接支払制度を利用しない旨の記載および産科医療補償制度加入機関での出産の場合はそのスタンプ押印のあるもの）のコピーを添付してください。