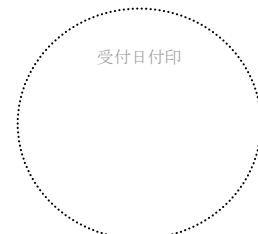


被保険者 出産育児一時金(差額)請求書【出産育児一時金等内払金支払依頼書】
 家族 出産育児一時金請求書【出産費全額自己負担時における請求用】

※添付書類※ 1. 直接支払制度活用に関する合意文書の写し 2. 出産費用明細書写し(出産日、代理受取額の記載あり)

被保険者証	記号		番号		事業所名称	
被保険者氏名					被保険者の生年月日	年 月 日
被扶養者(家族)が 出産した場合	氏名				続柄	生年月日 年 月 日
出生児氏名					出生児生年月日	年 月 日
出産年月日	年	月	日	死産のときはその旨 と妊娠経過期間 (妊娠 月 ・ 週)		
出産予定日	年	月	日			
出産した 医療施設等	名称					
	所在地					
出生児に対する 扶養の状況	1. 被保険者の被扶養者 2. 配偶者の被扶養者		左記において2.を選択した場合は、 その理由を記入してください。			
被扶養者(妻・娘)がエイベックス・グループ健康保険組合の扶養認定後、6ヵ月以内に出生した場合は、 当組合への加入申請以前に加入していた健保についてご記入下さい。						
(前)保険者名称 (健康保険組合名称)				(前)保険証	記号	番号
(前)保険者 連絡先				資格喪失日(退職日の翌日)		年 月 日
上記内容に相違ありません。また、エイベックス・グループ健康保険組合に 情報提供することに同意いたします。						年 月 日
出産者氏名						
希望振込先	銀行		支店	普通 当座	口座番号	
(任意継続の方は記入不要。 任継資格取得申請書に 記入した口座に振込します)	口座名義(カタカナ)					
上記のとおり申請します。 被保険者 住所 被保険者氏名 エイベックス・グループ健康保険組合理事長 殿 年 月 日						
医師・ 助産師・ 市区 町村長 の証 明欄	出産年月日	年	月	日	生産・死産の別	生産(妊娠第 月 週) ・ 死産
	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する。 医療施設名称 医療施設所在地 医師・助産師名					
	本籍				筆頭者氏名	
	出生届出日	年	月	日	出生児氏名	年 月 日 出生年月日 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名					
	印					

※出産育児一時金請求により取得した個人情報、利用目的を特定しており、目的の範囲を超えての利用は致しません。



受付日付印