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)

被保険者等	記号		番号		事業所名称	
被保険者氏名					被保険者生年月日	昭和 平成

被扶養者(家族)が出産した場合	氏名		続柄		生年月日	昭和 平成　年　月　日

出生児氏名		出生児生年月日	令和　年　月　日
出産年月日	令和　年　月　日	死産のときはその旨と妊娠経過期間	(妊娠　ヶ月 ・　週)
出産予定日	令和　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ヶ月以内に出産した場合は、
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)	令和　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。　令和　年　月　日

出産者氏名

希望振込先 (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)	銀行　支店　普通 当座	口座番号	
	口座名義(カタカナ)		

上記のとおり申請します。　エイベックス・グループ健康保険組合　理事長　殿

令和　年　月　日

被保険者
住所

被保険者
氏名

医師・助産師または市区町村長の証明欄

出産年月日	令和　年　月　日	生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第　ヶ月　週)
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。

令和　年　月　日

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	令和　年　月　日	出生児氏名		出生年月日	令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

市区町村長名　㊞

※出産育児一時金請求により取得した個人情報は、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

エイベックス・グループ健康保険組合