

※記入しないこと	支給決定伺				支給決定 平成 年 月 日		
	支給額	円		常務理事	事務長	担当者	
	摘要						

被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (兼差額申請用) 321

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の事業所番号			② 事業所の名称・所属	名称	
	① 被保険者の事業所番号 ③ 出生児の氏名等	事業所番号		② 事業所の名称・所属	所属	
	③ 出生児の氏名等	(第 子)	生産児数	④ 出産年月日	平成 年 月 日	
	⑤ 出産した家族の氏名等	(旧姓)		⑥ 出産した家族の生年月日	昭和 平成 年 月 日	
⑦ 出生児が被扶養者かどうか等	ある	ない理由	(13)直接支払制度 はい いいえ	⑧ 死産のときはその旨等	(妊娠第 月)	死産児数 人

医 師 ・ 助 産 師 ・ 市 区 町 の 証 明	⑨ 出産年月日	平成 年 月 日	⑩ 生産・死産別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)
	又はは出産児の数	単胎・多胎 (児)		
上記のとおり相違ないことを証明する 平成 年 月 日 医師・助産師 又は市区町村長 住 所 医療機関 医師 (産医補加入スタンプ印押印箇所) TEL ㊟				

※被扶養者認定日以後6ヶ月以内の出産で、家族出産育児一時金の請求のとき、又は、資格喪失後6ヶ月以内の出産で被保険者出産育児一時金を請求するときは、次の証明をお願いします。

以 前 健 保 証 明	(11) 元被扶養者名 (記号・番号)		(12) 資格喪失年月日	平成 年 月 日
	上記について出産育児一時金 (家族) を支給していないことを証明します。 平成 年 月 日 健康保険名称 所在地・TEL 氏 名 ㊟			

委 任 す る と こ ろ	平成 年 月 日 上記のとおり請求します。 南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿 私は上記請求に関する一切の事務を ㊟ に委任いたします。 ※※
---------------------------------	--

受付日付	被保険者の住所	氏名	㊟ ※1
------	---------	----	------

KI32112404WG

◎請求上の注意 ※領収の代理受領額が42万円を超えた場合、請求の必要はありません。
 1、被保険者が出産したときは、「被保険者」を、被扶養者が出産したときは、「家族」を○で囲んで下さい。
 2、同一の出産につき、「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」等の複数の給付を受けることができません。
 3、この請求をするときには、必ず分娩機関発行の①合意書(写)、②領収・明細書の写し(産医補加入スタンプ印)を添付し組合に提出して下さい。 ※※Web申請の場合、委任は必要ありません。 手続方法は南海健保ホームページをご覧ください。
 ※1この請求書は、医師又は助産師証明欄並びに市区町村長証明欄等あり、給付金の請求事務を円滑に行うために設けています。 施行規則にて請求する場合は請求書に医師・助産師証明書又は、市区町村長証明書を添付したうえ提出しても結構です。 なお、ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。 現職の方は、事業主経由にて手続き・支払いを行います。 南海電気鉄道健康保険組合