健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金請求書

被保険者等記号・番号		③ 被保険者 (請求者)の 氏名	(フリガナ)		④ 被保険者の生年月日			
①	②		昭和	年	月	日	平成	
⑤ 被保険者(請求者)の住所		都 道 府 県			⑩ 電話番号			
〒	—							
事業所の 名 称	⑥ 任意継続被保険者		⑦ 所在地		※任意継続被保険者の方は記入不要です			
被扶養者が出産したため の申請である時はその方の		⑧ 氏名	⑨ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
⑪ 出産した年月日		令和	年	月	日	⑫ 出生児数	⑬ 死産児数	
						人	人	
						⑭ 妊娠経過期間		
						週		
⑮ 出生児の氏名		(フリガナ)	⑯ 被保険者との続柄		⑰ 出産した医療機関等の名称			

⑱ 給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

金融機関	銀行 信用金庫		預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)			
	信用組合 農協		□ 普通 (総合口座)				
	労働金庫			□ 当座			
	本店	店番号(3ケタ)		口座番号(数字7ケタ)			
支店							
出張所							

医師・助産師または市区町村長が証明するところ	出産者氏名		出産年月日		令和	年	月	日	
	出生児の数		□ 単胎 □ 多胎(児)		生産または死産の別		□ 生産 □ 死産(妊娠 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。								
	医療施設の所在地				令和	年	月	日	
	医療施設の名称								
	医師・助産師の氏名				電話 ()				
	本 籍				筆頭者氏名				
	母の氏名	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します。								
	市区町村長名				令和	年	月	日	
				電話 ()					

添付書類

- 医療機関等から交付された「直接支払制度の合意文書」の写
- 医療機関等から交付された「出産費用の領収書・明細書(産科医療保障制度の押印がされているもの)」の写

注意事項

被保険者が、中央ラジオ・テレビ健保組合の資格を喪失後6か月以内の出産の場合または被扶養者が、中央ラジオ・テレビ健保組合の資格を取得して6か月以内の出産の場合は、別紙「同意書」の記載が必要です。

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印

社会保険労務士記載欄	
------------	--

保険給付の公金受取口座利用届

令和 年 月 日

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 御中

保険給付の申請にあたり、公金受取口座を利用します。

(マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。)

被保険者等記号番号 _____

被 保 険 者 氏 名 _____

日 中 連 絡 先 _____

【公金受取口座の利用についての留意点】

1. 公金受取口座の利用を希望される場合は、各申請・請求の都度、当該届出の添付が必要となります。当該届出の添付がない場合は、通常通りの振込となります。
(在職中の方は「事業主経由」、任意継続・特例退職被保険者の方は「加入時に登録した給付金振込口座」もしくは「申請書・請求書記載の口座」への振込となります。)
2. 情報連携により「公金受取口座の情報が取得できない場合」「公金受取口座の口座名義が被保険者氏名と異なる場合」「取得した公金受取口座への振込ができなかった場合」等の際には、被保険者に確認のご連絡をさせていただきます。連絡の取れない場合には、通常通りの振込となりますのでご了承ください。
3. 当組合が情報連携により公金受取口座の情報を取得した後に、ご自身でマイナポータル等から公金受取口座の登録変更をした場合には、変更前の公金受取口座に振り込まれる場合があります。

以上