

被保険者(社員本人)
被扶養者(家族)

出産育児一時金請求書

直接支払制度非使用者用 及び
直接支払制度差額支給者用

CKD健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 （ 社 員 本 人 ） が 記 入	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	被保険者 (社員本人) 氏名				
	被保険者 (社員本人) の 住所・電話番号	〒 ー 電話番号 () ー						
	事業所名称 (該当に○)	CKD(株) ・ CKDグローバルサービス(株) CKD健保 ・ CKD基金 ・ 任意継続						
	被扶養者(家族) が出産の場合	出産者 氏 名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	出産年月日	令和 年 月 日		出産児数 (該当に○)	・単胎 ・多胎(児)			
	生産・死産 (該当に○)	・生産 ・死産→(妊娠 カ月 週)		出産場所 医療施設等名称				
	出生児氏名 (死産・流産等の場合 は記載不要です。)	(フリガナ)		出生児は被保険者(社員本人) の被扶養者で		・ある ・ない		
	出生児が被扶養 者で「ない」理由	・配偶者の被扶養者となるため ・その他 ()						
	被保険者 (社員本人) が出産の 場合 (該当に○)	出産の該当時期 0 : 被保険者期間中での出産 1 : 資格喪失後6カ月以内の出産 ※「1」の場合は下欄に現在加入している 健康保険について記入。		被扶養者 (家族) が出産の 場合 (該当に○)	出産者が被扶養者になった時期 0 : 出産日より6カ月以上前 1 : その他 ※「1」の場合は下欄に被扶養者が以前に加入していた 健康保険について記入。			
	※上記で 「1」の 場合の み記入	健康保険 名 称	・国民健康保険 ・協会けんぽ ・その他 ()		被保険者 氏 名			
	被保険者等 記号・番号			電話番号	() ー			
振 込 先 (※)	※下記振込先は会社を退職した方及び任意継続の方のみ記入。(社員は給与とともに振込み。)							
	□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。(利用する場合は□、利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座は利用できません。 下記記入の際は被保険者名義の口座を記入。ゆうちょ銀行の場合は、通帳記載の「他金融機関からの受取口座として利用す る場合の口座」を記入。 記入間違いにより再振込をする際は手数料を負担いただきます。							
	銀行 金庫 農協	支店	普通 ・ 当座	口座 番号		口座 名義	フリガナ	

■出産育児一時金直接支払制度を利用しなかった場合、下欄に出産した医療機関等、または市区町村役所で、出産証明を受けてください。

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明	出産 年月日	令和 年 月 日	生産 死産 (該当に○)	・生産 ・死産 (妊娠 カ月 週)	出生児数 (該当に○)	・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 医療施設の所在地 名 称 医師・助産師名					
市 区 町 村 長 の 証 明	筆頭者氏名			本籍		
	出生児氏名			出生年月日	令和 年 月 日	
				出生届出日	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					

※医療機関が発行した出産費用の領収書・費用内訳書（コピー）を必ず添付してください。