記入例

K-2-2

健保使用欄	支給決議書			常務理事	事務長	次長
	支給額	円				
	支給内訳	法定	円			
		付加	円			
	受取代理制度	支払額	円	経理	給付	
		支払日	年　月　日			
	産科医療補償制度	加入・未加入				
	資格取得日	年　月　日				
	資格喪失日	年　月　日				

健康保険　被保険者 / 家族　出産育児一時金・付加金請求書

（受取代理制度用）

被保険者が記入するところ

① 被保険者証の記号・番号	1 0 0 1 2 3 4 5 6	② 事業所名	全日本空輸㈱	
③ 被保険者の氏名と印	空野　花子	④ 被保険者の生年月日	○昭和 ●平成	0 5 年 0 2 月 0 2 日
⑤ 被保険者の住所・連絡先	郵便番号 1 6 3 8 6 1 1	東京都新宿区西新宿1－1－1	連絡先電話番号 03-5001-3550	
⑥ 被扶養者が出産したための請求であるときは、その方の	氏名		生年月日	○昭和 ○平成　年
⑦ 出産年月日	令和 x x 年 0 3 月 0 3 日	⑧ 生産児数 1 人	⑨ 死産児数 人	⑩ 死産のときはその旨と妊娠経過期間 （　ヶ月・　週）
⑪ 出産した医療機関の	名称	羽田レディースクリニック		
	所在地	東京都大田区羽田1－1－5		
⑫ 支払金融機関（退職者のみ記入）	○銀行○金庫○農協			○本店・○支店
	預金種別	○普通 ○当座	口座番号	口座名義 （カタカナで記入）

家族が出産した場合は記入

該当者のみ記入

⑬ 次の、AまたはBに該当する場合は下欄の記入が必要です

A　ANA健保の資格取得後**6ヵ月以内**に出産したとき→以前加入していた健康保険について記入

B　ANA健保の資格喪失後**6ヵ月以内**に出産したとき→現在加入していた健康保険について記入

保険者名称		保険証記号・番号	
電話番号		A 資格喪失日／B 資格取得日	年　月　日

該当者のみ記入

受取代理人の欄

⑭ 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します　　委任者と代理人との関係：事業主

事業主印以外は、すべて記入・捺印

令和　XX 年 7 月 1日

被保険者（請求者）　氏名　空野　花子　㊞　住所　東京都新宿区西新宿1-1-1

代理人の氏名と印　全日本空輸㈱　㊞　代理人の住所　東京都港区東新橋1-5-2

【注意事項】　　受付日付印

○「被保険者が記入するところ」（太枠内①～⑭）の必要事項を全て記入して下さい。

（備考）