

**直接支払い未利用**

旭化成健康保険組合 殿

〈健保受付〉

伝票番号	
------	--

旭化成健康保険組合			

本人(被保険者)

家 族

**出産育児一時金請求書**

本人(被保険者)記入欄	被保険者証の記号・番号(記号はどちらかを○)		本人(被保険者氏名)		連絡先(TEL)	
	20 ・ 21				(職場・自宅)どちらかに○ ( )	
	所 属					
	分娩者 氏 名		出生児 の氏名			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日						
現住所(退職者のみ)						
振込銀行(退職者のみ)						
銀行 支店(普・当) 口座番号( )						
出産が6ヶ月以内でその間所属健保に異動があった方						
前の健康保険の種類( )健康保険・協会けんぽ・国民健康保険						
保険者名 _____ 記号・番号 _____						
証 明 欄	出産年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単児・多児( 児)		
	生産・死産	・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。 令和 年 月 日					
所在地						
医師又は 病院名						
助産師 氏 名						
TEL						
上記証明書に証明がない場合はいずれかの証明書を添付 ①母子手帳の写し(出生届済証明の記載ページ) ②病院発行の出生証明書の写し						

[書類の流れ] ①本人→医師→本人→旭化成健康保険組合

**必要提出書類を提出前に  
ご確認ください。**

- この申請書  直接支払いを利用しない合意書の写し  
 分娩機関発行の領収・明細書の写し

**〈注意〉修正する場合は、必ず訂正印を押してください。(修正液等不可)**