

記入例

提出先: 健保組合

注) 夫婦ともにユニシグループに勤務している場合は”被保険者(妻)”が届出してください。

支給年月日	平成 年 月 日	事務長	課長	係		
支給	いつれか で囲む 被保険者 本人が出産した場合 家族 被扶養者が出産した場合	本籍会社名を記入				
法定	被保険者証の記号・番号	記号	101	事業所名	日本ユニシ株	
付加	資格取得年月日	昭和 21年 4月 1日	出生児氏名	豊洲 春子	続柄	長女
六五四三二	資格喪失年月日(退職日の翌日)	平成 年 月 日	分娩した医療施設等の名称及び所在地	病院 987-6543 東京都千代田区霞が関4-5-6	お子様の名前と続柄を記入	
被保険者	分娩年月日	平成 27年 8月 10日	被扶養者が分娩前6ヶ月以内に勤務していたか(いづれか○で囲む)	○ <u>していた</u> ○ していなかった	「していた」を選択した場合、記入必須	
家	死産・流産の時はその旨(○で囲む)	死産 ・ 流産	退職日	平成27年5月31日	赤枠内に直接、医師または助産婦の証明を受けるか、下記のいずれかの書類1点のコピーを添付	
族	被扶養者が分娩である時はその氏名・生年月日	(続柄) 妻 氏名 豊洲 花子 S H 2年 1月 31日生	前会社名・電話	株式会社 03-3789-1234	・出生証明書 ・戸籍謄本 ・戸籍抄本 ・母子手帳の”出生届出済”証明ページ 注) 分娩者氏名・出生児氏名・出生日・公的機関の証明印の4点が同一ページ内に記載されたもの	
保健組合	*扶養認定日	平成 健保組合記入欄 日	前保険証記号・番号			
医師又は助産師の証明	分娩年月日	平成 年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産 ・ 流産 (週)		
出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)					
上記の通り相違ないことを証明します。	平成 年 月 日					
医療施設の名称・所在地	医師・助産師名	電 話				
上記のとおり請求します	平成 27年 11月 1日				健保組合へ提出する日を記入	
日本ユニシ健康保険組合 御中	日本ユニシ株				注) 「医師又は助産婦の証明」を受けた場合は、その証明日以降であること	
上記金額受領方法を	123-4567					
住所	東京都江東区豊洲1-2-3					
氏名	豊洲 太郎					
電話	03-3123-4567					
振込希望口座	銀行	支店	普通	NO.		
ここで知り得た個人情報、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。						

保険証に印字されている記号と番号を記入

保険証に印字されている資格取得年月日を記入

退職者記入欄

出産した年月日を記入

あてはまる場合は、で囲む

被保険者(本人)出産の場合、記入不要

< 在職者 >
給与にて支給するため、本籍会社名を記入

< 退職者 >
本人口座へ直接支給するため、記入不要

< 在職者 >
記入不要

< 退職者 >
振込希望口座を記入

本籍会社名を記入

お子様の名前と続柄を記入

被扶養者が出産した場合、いつれかで囲む

「していた」を選択した場合、記入必須

赤枠内に直接、医師または助産婦の証明を受けるか、下記のいずれかの書類1点のコピーを添付

- ・出生証明書
 - ・戸籍謄本
 - ・戸籍抄本
 - ・母子手帳の”出生届出済”証明ページ
- 注) 分娩者氏名・出生児氏名・出生日・公的機関の証明印の4点が同一ページ内に記載されたもの

健保組合へ提出する日を記入

注) 「医師又は助産婦の証明」を受けた場合は、その証明日以降であること

捺印を忘れずに(シャチハタ可)