

1. 提出先: 健保組合
 注) 夫婦ともにBIPROGY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。
 2. 記入間違いの際は、二重線を引き訂正印を捺印の上、修正してください。

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

支給	いづれか○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	平成 年 月 日
法定		事務長 課長 係
付加		

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、いづれか○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

医師又は助産師の証明を添付してください

出産育児一時金(付加金)請求書

被保険者証の記号・番号	記号 101 番号 123456	事業所名	BIPROGY(株)		
資格取得年月日	昭和平成 25年 4月 1日	出生児氏名	豊洲 春子	続柄	長女
資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和 年 月 日	分娩した医療施設等の名称及び所在地	〇〇病院 987-6543 東京都千代田区霞が関4-5		
分娩した年月日	令和 4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)	<input checked="" type="radio"/> していた <input type="radio"/> していない 勤務していた場合、退職日及び前加入保険の記号、番号、事業所名、所在地、電話番号等を記入して下さい		
死産・流産の時はその旨(○で囲む)	死産 ・ 流産	退職日	令和4年5月31日		
被扶養者が分娩である時はその氏名(続柄 妻)	氏名 豊洲 花子	前会社名・電話	●●株式会社・03-3789-1234		
氏名・生年月日	S.H 2年 5月 31日生	前保険証記号・番号	777-888999		
*扶養認定日	平成 健保組合記入欄 日				

分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産 ・ 流産 (週・日)
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

令和 4年 9月 1日

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

BIPROGY 健保組合 御中

本給付金の受領権限を BIPROGY(株) に委任します

被保険者 〒 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

退職済の場合: 振込希望口座 銀行 支店 普通 当座 NO.

〒、住所、氏名、電話番号、を記入。捺印も忘れずに(シャチハタ可)

(ここで知り得た個人情報は、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。)