

海外駐在用

~~出産育児一時金~~
家族出産育児一時金

請求書

直接支払制度の利用の有無
有・無（一方を○）

スズキ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日提出

被保険者の記入欄	被保険者に関する事項	被保険者証 記 号 番 号	—		被保険者の 氏 名 と 印	⑩				
		事 業 所 の 名 称			所 属 及 び 連 絡 先	TEL				
		被保険者の 住所・連絡先	〒 —		TEL					
		資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		資 格 喪 失 年 月 日	平成・令和 年 月 日				
直接支払制度を利用しなかった方の記入欄	家族分娩時の追記	出 産 し た 家族の氏名			その家族の 扶養認定日	昭和・平成・令和 年 月 日				
	分娩に関する事項	分娩した 年 月 日	平成・令和 年 月 日		生産児 数	人	死産児 数	人	妊 娠 経 過 期 間	ヵ月 週
		出生児の 氏 名			分 娩 し た 場 所	所在地 名 称				
	医師・助産師又は市区町村長の証明欄（一方のみ）	分娩した 年 月 日	平成・令和 年 月 日		生 産 又 は 死 産 の 別	生産・死産 [妊娠 ヵ月週]				
出生児の数		単 胎 ・ 多 胎 (児)		備 考						
上記のとおり相違無いことを証明する。 平成・令和 年 月 日				医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 ⑩						
本 籍				筆頭者氏名						
出生届出日		平・令 年 月 日	出生児氏名			出生年月日	平・令 年 月 日			
上記のとおり相違無いことを証明する。 平成・令和 年 月 日				駐在責任者名 市区町村長名 ⑩						
直接支払制度を利用した方の記入欄		医療機関からの 明細書の合計額	円		差 額 請 求 額	円				
支給決定伺	出 産 育 児 一 時 金		円		支 給 伺	令和 年 月 日				
					支 給 日	令和 年 月 日				
	家 族 出 産 育 児 一 時 金		円		担 当	課 長	事務長	常務理事		

⑩ 記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。押印の省略可能ですが、記入内容誤りが判明した場合は書類をお返しし訂正していただきます。⑪ 2ヶ所に押印いただいた場合は健保での訂正・補記が可能です。

委任状	上記の受領を <u>スズキ株式会社</u> に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩
-----	---

支払証明	被保険者.....へ出産に係わる費用を駐在勘定より支払ったことを証明します。 令和 年 月 日 駐在経理担当者氏名 ⑩
------	---

- ※ この請求書は、駐在常同家族が現地で出産され、駐在勘定で既に清算が済んでいる場合に使用します。
(ホームページ記載のパスポートの写し等は不要です。)
- ※ 出産に関する証明欄は、駐在責任者が行ってください。
- ※ ⑩は、サインで構いません。
- ※ この用紙に証明する駐在責任者・経理担当者は、スズキ株式会社の駐在員としてください。
- ※ 2023年3月31日以前の出産は408,000円、2023年4月1日以降の出産は488,000円の支給です。