

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金請求書

◎ 記入の方法は、裏面に書いてありますのでよくお読みください。
◎ 被保険者資格喪失後の被保険者出産の場合、付加給付はありません。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記 号		フリガナ								
		番 号	第	号	② 被保険者の氏名							
					生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日 生			
	③ 被保険者の現住所	〒 TEL ()										
	④ 事業所の名称	TEL ()										
	⑤ 被扶養者が出産したための請求であるとき	被扶養者の氏名				⑥ 被扶養者の生年月日	昭和 平成	年	月	日生	⑦ 被保険者との続柄	
	⑧ 出産した日	令和	年	月	日	⑨ 死産のときは、その旨	(妊娠 カ月 週間)					
	⑩ 入院して出産したときは、その病産院の	名 称				所在地						
	⑪ ア) 被保険者資格喪失後6ヵ月以内の出産であるときは、夫の勤務している	勤務事業所の名称		TEL ()								
	イ) 被扶養者認定後6ヵ月以内の出産であるときは、最後の勤務していた	社会保険または健康保険組合の名称		TEL ()								
	保険証の記号・番号		記 号				番 号					

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 の 証 明 す る と こ ろ	④ 出産した年月日	令和	年	月	日	⑧ 生産または死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 カ月 週間)					
	⑤ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)				⑨ 備 考						
	⑥ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日											
	⑦ 医療施設の名称・所在地 〒											
	⑩ 医師・助産師名						TEL ()					
	⑪ 本 籍					⑫ 筆頭者氏名						
	⑬ 出生届出日	令和	年	月	日	⑭ 出生児氏名			⑮ 出生年月日	令和	年	月
⑯ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	⑰ 市区町村長名						⑱ 印	TEL ()				

支 払 い は 全 て 振 込 み に な り ま す	受領を委任するとき	この給付金の受領を、次のとおり代理人を定め委任します。 令和 年 月 日 被 保 険 者 (請求者) 氏名 代 理 人 の 住所 (口座名義人) 氏名						※ 在職の方は、貴事業所の健保口座名義人の方に委任してください。 (事業所担当者におたずねください。)		
	給付金受領口座	金融機関名	銀行				支店		受 付 日 付 印	
		口 座 番 号	普 通 ・ 当 座 No.							
		フリガナ								
		口座名義人								