

健康保険 被保険者 出産育児一時金請求書  
家 族

(令和 年 月 日提出)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号と番号		被保険者の 氏名(フリガナ)	(フリガナ)		
	被保険者の 現 住 所	〒 _____ 電話 ( )				
	事業所の名称 及び所在地	所在地				
	出産した年月日	令 年 月 日	* 生産・死産の別	生産(妊娠 週)・死産(妊娠 週)		
	出産した場所	病院等の名称				
		病院等の所在地				
	家族が分娩したための 請求であるときはその 者の氏名及び続柄	続柄( ) (扶養認定日 昭・平・令 年 月 日)	生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	出生児の氏名	被保険者と出生児の続柄				
	ご家族が認定されてから「6ヶ月以内の出産」の申請は、ご家族が扶養になる以前の保険者(健康保険組合・協会健保本支部名・国民健康保険等)の名称等を下記に記入してください。 資格喪失後「6ヶ月以内の出産」の申請は、現在加入の保険者の名称等を下記に記入してください。 保 険 者 名 称 _____ 記 号 _____ 番 号 _____ (健康保険組合・協会健保) 所 在 地 _____ 電 話 _____ (本支部・国民健康保険等) 加入期間 年 月 日～ 年 月 日～( 年 月加入)					
	が 医 証 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長	分娩した年月日	令 年 月 日	* 生産・死産の別	生産(妊娠 週)・死産(妊娠 週)	
* 出生児の数		単胎・多胎( 児)		備 考		
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 _____ 電話 ( )						
本 籍				筆頭者氏名		
出生年月日		令 年 月 日	出生児氏名	出生届出日	令 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 _____ 電話 ( )						
受付日付印	支 払 希 望 銀 行 等  だ 該 当 す る 番 号 を ○ で 囲 み、 必 要 事 項 	1. 請求者名義の右の口座に振込んでください。		金融機関名	銀行 信金 信組 支店	
		2. 委任状 この給付金の受領を下記の者に委任します。 請求者 氏 名 _____		預 金 種 別 口 座 番 号	普 通 当 座 No. _____	
		受領代理人	〒 住 所	口座名義(カタカナで記入してください)		
			氏 名	個人 法人		
		受領代理人名義の口座に振込んでください。				

注意事項

- ・医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所を記載したもの)を添付してください。
- ・\*欄は該当するものを○で囲み、妊娠何週であったかを、多胎の場合には出産児数を記入してください。
- ・産科医療補償制度対象分娩の場合は、所定のスタンプ印を受けた領収書(請求書)のコピーを添付してください。
- ・直接支払い制度を利用しない場合は利用しない旨の合意文書と領収書(請求書)のコピーを添付してください。