

※健康保険組合使用欄	支給決定伺		常務理事	事務長	経理	係
	伺年 月 日	平成 年 月 日				
	支給決定額	円	取得	昭和 平成 年 月 日		
	出産育児一時金 法定	円	喪失	平成 年 月 日		

被保険者
健康保険 家族 出産育児一時金請求書

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の		記号		②被保険者 (請求者) の氏名と印	④	
			番号				
	③ 被保険者の住所		〒				TEL ()
	④ 事業所の名称						
	⑤ 分娩年月日	平成 年 月 日	生産児数 人	死産児数 人	死産のときはその旨 (妊娠 ヶ月)		
	⑥ 家族が分娩した ための請求の時はその者の	氏名	続柄 ()		生年月日 昭和・平成 年 月 日		
	⑦ 出生児の氏名		⑧被保険者と出生児との続柄		⑨備考		
	⑩	保 険 者 名	保険者の 電話番号	記号・番号	勤務先名称	被保険者 氏 名 (世帯主)	被保険者 との続柄
	被保険者の分娩が資格喪失後であるときは現在の健康保険の種類						
	家族の分娩が被扶養者となつてから6か月以内のときは、以前の健康保険の種類						
⑪ 振込希望の銀行 (被保険者名義のみ)		銀行 支店 普通預金 口座番号()					

証 明 す る 助 産 師 が	⑫ 分娩年月日	平成 年 月 日	⑬ 生産・死産の別	生産・死産(妊娠第 週 日)
	⑭ 出生児の数	単胎・多胎(児)	⑮ 備 考	
	⑯ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療機関の名称・所在地 TEL () 医師・助産師名 ⑰			

証 明 す る 市 区 町 村 長 が	⑱ 本 籍	都道府県	
	⑲ 出生届出日	平成 年 月 日	⑲ 筆 頭 者 氏 名
	⑲ 出生年月日	平成 年 月 日	⑲ 出 生 児 氏 名
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名 ⑲ TEL ()		

受付日付印

(記入上の注意)

被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が分娩したときは「被保険者」を、家族が分娩したときは「家族」を○印で囲んで下さい。
2. ⑥欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、「該当せず」と記入して下さい。
3. ⑦⑧欄は、出生児の氏名(出生児が複数の場合は全て)、被保険者との続柄を記入してください。
4. 「生産」であったが間もなく死亡したときは、⑨の備考欄に「出生児は、〇〇時間生存して死亡」等と記入し、⑬の備考欄にも記入してもらってください。
5. ⑩欄は、資格取得・喪失後6ヶ月以内に出産された申請である場合のみ、該当する方に記入して下さい。
6. 「医師、助産師が証明するところ」「市区町村長が証明するところ」は、どちらか一方で証明を受けて下さい。
7. ⑬、⑭の欄は、それぞれ該当する文字を○で囲み、必要事項を記入してください。
「死産」のときは必ず、妊娠何週目何日目の死産であるか、かっこ内に記入してもらってください。
8. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所、氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
9. 各欄の訂正はそれぞれ記入した人の印をお願いします。