

健康保険

被保険者  
家 族

出産育児一時金請求書

|                                                          |                                                                                                |          |             |      |                       |             |                   |        |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|------|-----------------------|-------------|-------------------|--------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 記 号 ・ 番 号                                                                                      |          | 生 年 月 日     |      | 所<br>属<br>施<br>設      | 名 称         |                   |        |
|                                                          | (記号)                                                                                           | (番号)     | 昭<br>平<br>令 | 年    |                       | 月           | 日                 | 所在地    |
|                                                          | 被保険者<br>(請求者)<br>の氏名                                                                           | (フリガナ)   |             |      | 被保険者<br>(請求者)<br>の住 所 | 〒 ー TEL ( ) |                   |        |
|                                                          |                                                                                                |          |             |      |                       |             |                   |        |
|                                                          | 家族(被扶養者)が出産した場合は、<br>その方の                                                                      |          | 氏名          |      |                       | 生年<br>月 日   | 昭 和<br>平 成<br>令 和 | 年 月 日生 |
|                                                          | 出産した<br>年 月 日                                                                                  | 令和 年 月 日 | 生産児数        | 死産児数 | 死産の場合の妊娠経過期間          |             | 満 週               |        |
|                                                          |                                                                                                |          | 人           | 人    |                       |             |                   |        |
|                                                          | 出産した医療機関名等                                                                                     |          | 名称          |      |                       | 所在地         |                   |        |
|                                                          | (※出産したとき当健保の被保険者の場合は以下の記載は不要)<br>出産した方 ① 被保険者 ⇒ 退職後 6ヶ月以内の出産ですか<br>② 家 族 ⇒ 当健保に加入後 6ヶ月以内の出産ですか |          |             |      |                       | はい ・ いいえ    |                   |        |
|                                                          | 上記が「はい」の場合『保険者名』と『記号・番号』をご記入下さい<br>①被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について<br>②家 族 ⇒ 当健保加入前に加入していた保険者について      |          |             |      |                       | 保険者名        |                   |        |
|                                                          |                                                                                                |          |             |      | 記号 番号                 |             |                   |        |
| 今回の出産について上記の保険者に出産育児一時金を請求しますか                           |                                                                                                |          |             |      | 請求する予定 ・ 請求済 ・ 請求しない  |             |                   |        |

|                                                                                                       |                                                             |                 |               |                |       |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|----------------|-------|----------|
| 医<br>師<br>・<br>助<br>産<br>師<br>又<br>は<br>市<br>区<br>町<br>村<br>長<br>が<br>証<br>明<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 出 産 し た<br>年 月 日                                            | 令和 年 月 日        | 生産または<br>死産の別 | 生産 ・ 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。<br>年 月 日<br>医療施設の名称・所在地<br>医 師 ・ 助 産 師 名 |                 |               |                |       |          |
|                                                                                                       | 本 籍                                                         |                 |               |                | 筆頭者氏名 |          |
|                                                                                                       | 出生届出日                                                       | 令和 年 月 日        | 出生児氏名         |                | 出生年月日 | 令和 年 月 日 |
|                                                                                                       | 上記のとおり相違ないことを証明する。<br>年 月 日<br>市区町村長名                       |                 |               |                |       | ㊟        |

|                                      |              |                 |                  |                    |                   |          |
|--------------------------------------|--------------|-----------------|------------------|--------------------|-------------------|----------|
| 支<br>払<br>金<br>融<br>機<br>関<br>の<br>欄 | 支 払 区 分      | 1 振 込<br>2 銀行送金 | 預<br>金<br>種<br>別 | 1 : 普 通<br>2 : 当 座 | 銀 行<br>金 庫<br>農 協 | 本店<br>支店 |
|                                      | 金 融 機 関 コー ト |                 |                  |                    | 郵便局               |          |
|                                      | 口 座 番 号      |                 |                  | 口座名義人氏名            | フリガナ              |          |

請求者と預金者名が異なる場合は代理人欄を利用し、預金者名に給付金の受領を委任してください。

|                                 |                                 |        |   |  |  |               |                         |
|---------------------------------|---------------------------------|--------|---|--|--|---------------|-------------------------|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>の<br>欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を<br>代理人に委任します。 |        |   |  |  | 被保険者<br>(請求者) | 住 所<br>氏 名              |
|                                 | 令和 年 月 日                        |        |   |  |  |               |                         |
|                                 | 代理人の<br>氏 名                     | (フリガナ) |   |  |  |               | 令和 年 月 日提出<br>受 付 日 付 印 |
|                                 | 代理人の<br>住 所                     | 郵便番号   | ー |  |  | 住 所           |                         |

## 【記入上の注意】

1. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んで下さい。
2. 給付金の受領を他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入して下さい。
3. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。