

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号		生年月日		所属施設	名称	社会福祉法人 聖隷福祉事業団			
	(記号)	(番号)	昭 令	11年1月1日		所在地	浜松市中央区元城町 218-26			
	被保険者 (請求者) の氏名	(フリガナ) セイレイ ハナコ		被保険者 (請求者) の住所	〒 123 - 4567 TEL 053(123)4567					
		聖隷 花子			浜松市中央区元城町 123-27					
	家族(被扶養者)が出産した場合は、 その方の		氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生		
	出産した 年月日	令和 6年 12月 26日		生産児数	死産児数	死産の場合の妊娠経過期間		満	週	
	1 人		人							
	出産した医療機関名等		名称	聖隷〇〇病院		所在地	浜松市中央区住吉 2-12-12			
	(※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) 出産した方 ① 被保険者 ⇒ 退職後 6ヶ月以内の出産ですか 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 ①被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について 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 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産した 年月日	令和 年 月 日	生産または 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)			
	出生児の数	単胎・多胎 () 児					
	上記のとおり相違ないことを 年 月 日 医療施設 医師						
	本 籍			本頭者氏名			
	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。 年 月 日 市区町村長名						

支 払 金 融 機 関 の 欄	支払区分	1 振 込 2 銀行送金	預	1:普通	銀行	本店 支店
	金融機関コード	給与払い・事業主払いのときは記入不要です				郵便局
	口座番号	口座名義人氏名				

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を 代理人に委任します。		被保険者 (請求者)	住所 浜松市中央区元城町 123-27 氏名 聖隷 花子	
	令和 7年 1月 20日				
	代理人の 氏名	(フリガナ)			
代理人の 住所	郵便番号	—			
	住所				
令和 7年 1月 25日提出 受付日付印					

【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。