

健康保険被保険者家族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号	② 被保険者の生年月日 昭和 平成 年 月 日	③ 事業所名称	
	④ 被保険者（請求者）の氏名 <small>（フリガナ）</small>	⑤ 家族出産一時金の請求の場合は出産した被扶養者の氏名等 <small>（フリガナ）</small> 生 年 月 日 続 柄		
	氏名	昭和 平成 年 月 日		
	⑥ 被保険者の住所・電話番号等 〒 - 電話 ()			
	⑦ 出 産 年 月 日 令和 年 月 日	⑧ 生産児数 人 <small>（妊娠第 週）</small>	⑨ 死産児数 人	
⑩ 出産した人はどちらに該当しますか。イの場合右欄⑫も記入してください⇒ 被保険者が出産したときの被保険者資格 家族が出産した場合、認定日 (保険者名) (被保険者氏名) (被保険者証の記号番号)				
ア. 被保険者期間中の出産		ア. 出産の日より6か月以上前		
イ. 資格喪失後6か月以内の出産		イ. 出産の日より6か月以内		

※原則、出産時に属している健康保険組合に請求することとなりますが、被保険者であった方が資格喪失後6か月以内に出産した場合、以前属していた健康保険組合等に請求することができます。⑩欄でイに該当する場合は、⑫欄に該当の保険について記入してください。

医 師 又 は 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	⑬ 出 産 年 月 日 令 和 年 月 日	⑭ 生 産 ・ 死 産 の 別 生産・死産（妊娠第 週/第 月）	⑮ 単 胎 ・ 多 胎 の 別 単胎・多胎（ 児）
	⑯ うえの通り相違ありません 医療機関等の所在地 令和 年 月 日 医療機関等の名称 医師又は助産師の氏名		

いずれか一方で証明を受けてください。

市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	⑰ 本 籍 地	⑱ 筆 頭 者 氏 名	
	⑲ 出生届の提出年月日 令 和 年 月 日	⑳ 出生児氏名	㉑ 出生年月日 令 和 年 月 日
	㉒ うえの通り相違ありません 令和 年 月 日 市区町村長の氏名 ⑲		

振 込 口 座	銀行等口座	口座預金種別 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	預金口座名義人の氏名
	銀行 店 金庫 支店 組合 出張所 農協	預金口座番号	

※在職中の方へ（↑事業所への受領委任をお願いしております。被委任者指定口座をご記入ください。 ↓受取代理人の欄にご記入ください。）

受 取 代 理 人 の 欄	⑳ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者（申請者） 住所 氏名	㉓ 代理人の氏名 年 月 日	㉔ 被保険者（申請者）との関係
		㉕ 代理人の住所・電話番号 電話 () -	

社会保険労務士氏名

●添付書類・注意事項等●

添付書類	領収証の写し（出産費用、直接支払制度有無のわかるもの）
------	-----------------------------

この申請は、分娩した医療機関等が直接支払制度対象外、もしくは直接支払制度を利用しない場合が対象です。