

支給額※	円	備考	常務理事	事務長	係
支払年月日	年 月 日				
資格取得日	年 月 日				
資格喪失日	年 月 日		分娩の日	年 月 日	

出産育児一時金（被保険者・家族） 請求書

年 月 日 請求

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 番号	被保険者の氏名 生年月日			印
	被保険者の現住所	〒 ー TEI				
	事業所名	(内線)				
	分娩した者(被保険者・家族)	氏名	続柄	生年月日	年 月 日	
	分娩年月日	年 月 日	被保険者と 出生児の関係		死産の時 その旨	
	分娩した場所	医療施設等の名称				
		医療施設等の所在地				
	フリガナ 出生児の氏名		出生児が被保険者の 被扶養者である かどうか	ある ・ ない	出生児が被 扶養者でな い時はその 理由	
	分娩した者（家族）が扶養認定後6ヶ月以内に出生された場合のみ記入ください					
	健康保険組合の名称	分娩日より6ヶ月前に加入していた		加入年月日	年 月 日	
				喪失年月日	年 月 日	
	以前の加入健保より出産育児一時金を受けている（予定）か *該当○印			給付を受けて	いる ・ いない	
	分娩した者（被保険者）が退職後6ヶ月以内に出生された場合のみ記入ください					
	健康保険組合の名称	分娩日に加入の健保組合の名称		加入年月日	年 月 日	
	現在加入健保より出産育児一時金を受けている（予定）か *該当○印			給付を受けて	いる ・ いない	
振込希望の銀行	銀行コード		銀行名	銀行		
	店番号		支店名	支店		
	預金種目	普通 ・ 当座		口座番号		
	口座名義	カタカナ（必ず記入） 漢 字				
医師・助産師又は市区町村長の証明するところ	分娩年月日	年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 ヵ月 週）	出生児の数	単胎・多胎（ 児）
	上記のとおり相違ないことを証明する。					年 月 日
	医療施設の名称・所在地					
	医師又は助産師名					印
	本籍			筆頭者氏名		
	出生届日	年 月 日	出生児氏名		出生年月日	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					印	

※産科医療補償制度に加入の分娩機関であった場合は、産科医療補償制度加入印が押印された領収書のコピーの添付が必要です。