

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金請求書

(直接支払制度や受取代理制度を利用しない場合・海外出産の場合)

令和 年 月 日 提出

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	記号	番号	被保険者氏名 生年月日	昭和 平成 年 月 日			自署の場合は押印を省略できます
	被保険者住所	〒			電話番号			
	事業所名	事業所所在地		〒	電話番号 ()			
	出産した年月日	平成・令和 年 月 日		1: 生産児数 人	2: 死産児数 人	死産の時は 妊娠からの週数 及び日数	満 週 日	
	被扶養者が出産した場合はその方の	氏名	続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日			
	出生児の氏名	被保険者と出生児との続柄						
	■被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、資格喪失後に加入の健康保険について記入してください。		■被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、被扶養者認定前に加入していた健康保険について記入してください。		保険者名 (国民健康保険やその他健康保険組合)	電話番号 ()		記号

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	平成 令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 (児)		
	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 満 週 日)		備考		
	上記のとおり相違ないことを証明する。					
	医療施設名の名称・所在地		令和 年 月 日			
	医師・助産師名		☑ 電話番号 ()			
本籍	筆頭者氏名					
出生届出日	平成 令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	平成 令和 年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明する。						
市区町村長名		☑ 令和 年 月 日				

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	令和 年 月 日
	被保険者 (申請者) ☑	※被保険者が記入するところと同一印

※やむを得ない理由により、委任払いを希望する場合には、ご申請の前に健康保険組合までご連絡ください。

支払金融機関	金融機関コード	銀行 信金 ()	支店コード	本店
				支店
	普通預金	口座番号 (7桁)	名義人 (被保険者名義)	(フリガナ)

受付日付印

- 添付書類
- ① 医師または助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類または市区町村が発行した戸籍謄本 (抄本) (上記請求書の「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」に記載がない場合)
 - ② 医療機関等から交付される合意文書 (写) ※海外で出産した場合は必要なし
 - ③ 医療機関等から交付される領収・明細書 (写)
 - ④ 海外で出産した場合は、医療機関または公的機関から発行された出生証明書 (原本)・領収・明細書 (原本)・和訳 (翻訳者の住所、署名捺印あるもの)

社会保険労務士の提出代行者印

☑