

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	(1)被保険者証の 記号と番号	(記号) 番号	(2)被保険者 (請求者) の氏名と印	(3)	㊟		
	(4)被保険者 (請求者) の住所	TEL ()					
	(5)事業所の 名称	(6)事業所の 所在地					
	(7)出産した 年月日	平成 年 月 日	(8)出産児数 人	(9)死産児数 人	(10)死産の時 はその旨	(11)妊 娠 経過期間	ヶ月 週
	㊟入院して出産 したときは、その 病産院の	(12) 名称	(13) 所在地				
	㊟家族が出産した ための請求である ときはその者の	(14) 氏名	(15) 生年月日	昭和 年 月 日生	平成		
	(16)出生児の氏名 (多胎の場合は連記してください)	(17)被保険者と 出生児の続柄		(18)出生児が被 保険者の被扶養者で	ある・ない		
	(19) 被保険者が出産 した場合	該当する支給要件はどちらですか ア:被保険者期間中の出産 イ:資格喪失後6ヶ月以内の出産 イの場合 資格喪失後加入している保険者(協会けんぽ・健保組合等) を下欄に記入してください		(20) 家族(被扶養者) が出産した場合	家族があなたの被扶養者になった時期 ア:出産の日より6ヶ月以上前 イ:その他 イの場合 出産者があなたの被扶養者となる前に加入していた 保険者を下欄に記入してください		
	(21) 保 険 者	(22) (21) の 連 絡 先	(23) 被 保 険 者 氏 名	(24) 被保険者証の記号番号			

(25) 出産費用の貸付を受けていますか。 受けている () 円 ・ い ない

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	(26) 出産した 年月日	平成 年 月 日	(27) 生産又は 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 月 週)	
	(28) 出生児の数	単胎・多胎(児)	(29) 備 考		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日				
	(30) 医療施設の名称・所在地	〒 (32)			
	(31) 医師・助産師名	㊟ (局) 番			
	本 籍	筆頭者氏名			
出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	平成 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 (34)					
(33) 市区町村長名	㊟				

私は下記の事業主を代理人と定め、出産育児一時金の受領方を委任します。
平成 年 月 日

委 任 状	住 所	(35) [(3)と同じ印]	
	被保険者 (請求者) 氏 名		㊟
代 理 人 (事業主)	所 在 地	(36)	
	事業所名		㊟
	氏 名		㊟

平成 年 月 日提出

受付日付印

振込希望の金融機関(資格喪失後の受給者のみ)

() 銀行 () 支店 口座名義 ()

口座:普通・当座(番号:)

㊟ 記入の方法は裏面に
書いてありますから
よく読んでください。

(記入上の注意)

1. 標題の「被保険者」と「家族」の別及び(15)、(18)、(19)、(20)、(25)、(27)、(28)の欄は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
2. 生産または早産の場合は(10)に、入院しないで出産した場合は、(12)と(13)の欄に、被保険者が出産したための請求である場合は(14)及び(15)に、それぞれ「該当せず」と記入してください。
3. (3)、(32)、(34)及び(35)、(36)の欄の印は、はっきりと押印してください。[(3)と同じ印を(35)に押してください。]また、字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して、その上に正しい字句を記入し、訂正箇所に各記入者と同じ印を押してください。
4. (27)欄の「死産」文字がマルで囲まれている場合は、妊娠何ヶ月目の死産であるかを、かっこ内に書き入れてもらってください。
5. 海外で出生した場合、出生証明書等を添付してください。なお、証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

※ 産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した方は、各医療機関等(病院、診療所、助産所等)が発行する領収書・請求書(所定のスタンプの押印が必要)のコピーを添付してください。

なお、平成21年10月以降の出産の場合(直接支払制度を利用しない場合)は、医療機関等と交わす直接支払制度合意(直接支払制度を利用しない旨)文書のコピーを添付してください。