

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

①添付書類「領収書」または「出産費用明細書」の写しを添付して下さい。

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------------|-------|----------|--|-----------|--------------------------|-----------|---------------------|--|
| 被保険者が記入するところ | ①被保険者証の記号・番号 | | ②生年月日 | | | 取得年月日 S・H | | 家族の認定年月日 | |
| | 1 昭和 | | 年 月 日 | | | 喪失年月日 H | | S・H | |
| | 2 平成 | | 年 月 日 | | | | | | |
| | ③被保険者(請求者)の氏名・印 | | フリガナ | | | 事業所 | | の名称 | |
| | ④被保険者(請求者)の住所 | | フリガナ | | | | | () | |
| | ⑤家族が分べんしたための請求であるときは、その方の | | 氏名 | | | ⑥生年月日 | | 昭和 年 月 日生 | |
| | ⑦ 分べんした年月日 | | 平成 年 月 日 | | | | | | |
| | ⑧分べんした病院・産院の | | 名称 | | | 所在地 | | | |
| | ⑨ 出生児の氏名 | | フリガナ | | | ⑩ 被保険者と出生児の続柄 | | 例)「長男」あるいは「長女」などと記入 | |
| | ⑪出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか | | ある・ない | | | ⑫出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由 | | | |
| ⑬被保険者の資格喪失後6カ月以内の分べんの場合 | | 現在加入の | | | 健康保険組合名 | | 健康保険組合 番号 | | |
| | | | | | 保険証の記号・番号 | | 記号 番号 | | |
| | | | | | 被保険者氏名 | | () | | |
| | | | | | 電話番号 | | () | | |
| ⑭被扶養者の認定日後6カ月以内の分べんの場合 | | 以前加入の | | | 健康保険組合名 | | 健康保険組合 番号 | | |
| | | | | | 保険証の記号・番号 | | 記号 番号 | | |
| | | | | | 電話番号 | | () | | |

| | | | | | | |
|--------------------|--------------------|----------|------------|--------------|----------|------------|
| が医師・助産婦又は区市町村長 | 分べんした年月日 | 平成 年 月 日 | ⑮生産または死産の別 | 生産・死産 (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。 | | | | | |
| | 所在地 | 平成 年 月 日 | | | | |
| | 医療施設の名称 | | | | | |
| | 医師・助産婦名 | ⑯ () | | | | |
| | 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。 | | | | | | |
| 区市町村長 | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | |
| 区市町村長名 | | | | | | |
| ⑰ () | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|-----------------------------|------|--|------------|--|---|
| 受領代理人欄 | 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。 | | | | | |
| | 平成 年 月 日 | | | | | |
| | 〒 - | | | | | |
| 被保険者(請求者)の住所 | | 氏名 | | | | ⑱ |
| 代理人氏名 | | フリガナ | | 委任者と代理人の関係 | | |
| | | | | | | |

| | | | | |
|---------|-------------|-------|--------|-------|
| 支払金融機関欄 | 銀行コード | 支店コード | 本店 出張所 | 1: 普通 |
| | 銀行・農協 信金・信組 | | 支店 | 2: 当座 |
| | 口座番号 | 口座名義人 | フリガナ | |

平成 年 月 日提出
受付年月日

| |
|--|
| 被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です) |
| |