受付年月日

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

請求者が記入するところ

健康保険被保険者証の記号・番号		③ 被保険者の生年月日			
①	②	昭和 平成	年	月	日

④ 被保険者の氏名	(ア) 家族出産育児一時金の支払依頼の場合は、分娩した家族の氏名等		
	(氏名)	(旧姓)	(生年月日)
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		昭和 平成 年 月 日生
	(イ) 事業所の名称	(ウ) 事業所の所在地	

⑤ 郵便番号	(エ) 被保険者の住所・電話番号
―	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 電話 ( )

⑥ 分娩年月日		⑦出産児数	⑧死産児数	⑪該当する支給要件はどちらですか (被保険者が分娩した場合)	⑫家族があなたの被扶養者になった時期(家族が分娩した場合)
令和	年 月 日	人	人 (妊娠第 週 又は第 月)	ア.被保険者期間中の分娩 イ.資格喪失後6ヶ月以内の分娩 (資格喪失後加入している医療保険制度名等を下欄に記入して下さい)	ア.あなたが資格取得した時から イ.その他 (あなたの被扶養者となる前に加入していた医療保険制度名等を下欄に記入して下さい)

(医療保険制度名および保険者)	(被保険者氏名)	(被保険者証記号番号)
全国健康保険協会 支部 健康保険組合		

(オ)この分娩に関して他の制度からも給付が受けられますか。	いいえ・はい⇒	制度名・給付の種類		日雇特例被保険者として給付を受けた場合その額	円

医師・助産婦が証明するところ

(カ) 分娩年月	令和 年 月 日	(キ)生産 死産の別	生産 死産(妊娠第 週又は第 月)	(ク) 出生児	単胎・多胎(児)

(ケ)上記のとおり相違ないことを証明する。
令和 年 月 日
医療施設の所在地
名 称
医師・助産師氏名 電話( )-( )-( )

請求者・受取代理人が記入するところ

⑨ 振込を希望する銀行等の名称・預金口座番号を記入して下さい。(請求者又は代理人名義の口座)

銀行名等及び店名	銀行 金庫・農協 信用組合	支店・本店 出張所・本所	口座名義人	(フリガナ)
		普通・( )	口座番号	NO.

⑩ 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いたします。 令和 年 月 日 被保険者(請求者) 氏 名	代理人 (口座名義人) ※代理人が署名してください	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	被保険者(請求者)との続柄	
		〒 ―		

市区町村長が証明するところ

(コ) 本籍	(サ) 筆頭者氏名

(シ) 出生届の提出年月日	(ス) 出生児氏名	(セ) 出生年月日
令和 年 月 日		令和 年 月 日

(ソ)うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日	市区町村長名 印

(添付書類)①医療機関との直接支払合意文書(直接支払制度を利用しない)及び医療機関に支払った領収書の各々写し
②上記の「医師又は助産師」又は「市区町村長」のいずれか一方で証明を受けてください。また、生産の場合は、市区町村長の証明(出生児の戸籍抄本または受理証明書)の添付でも可能です。