

支払年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額	円	資格	取得	年 月 日	
出産年月日	年 月 日	喪失	年 月 日		
法第106条	<input type="checkbox"/> 該当・ <input type="checkbox"/> 不該当	(備考)			

本人が出産した時

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・番号	××××・×××	② 事業所の 名称	〇〇〇〇(株)	
	③ 被保険者の (請求者) 氏名	フリガナ ケンポ ヨシコ 健保良子	④ 被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ××年3月3日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	
	⑤ 被保険者の (請求者) 住所	〒XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇×丁目××番地×× 電話(123)456-7890			
	⑥ 出産した者 ※被扶養者が出産 した場合のみ記入	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	
		続柄	認定日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	⑦ 入院して出産 した時の病院	名称	〇〇病院	所在地	〇〇県〇〇市〇〇×丁目××番地×
	⑧ 出産年月日	令和××年5月5日	⑨ 生産児数	⑩ 死産児数	1人 人(妊娠ヵ月週)
	⑪ 出生児について	氏名	フリガナ ケンポ イチロウ 健保一郎	続柄	長男 出生児は被保険者の被扶養者ですか はい・いいえ いいえの場合はその理由 夫の扶養のため

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	出産年月日	令和 年 月 日	出産・死産の別	出産・死産(妊娠ヵ月週)	出生児の数	単胎・多胎(児)
	上記の通り相違ないことを証明します。					
	令和 年 月 日 医療機関等の名称・所在地					
	医師・助産師名					
	この欄は医師又は市区町村長にご依頼ください					
本籍				筆頭者氏名		
出生届の提出年月日	令和 年 月 日	出生児氏名			出生年月日	令和 年 月 日
上記の通り相違ないことを証明します。						
令和 年 月 日 市区町村長名						

委任状	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。					受付印
	任意継続の人は無記入 令和××年5月10日					
	被保険者(請求者) 住所	〇〇県〇〇市〇〇×丁目××番地××				
	氏名	健保良子				
代理人 事業所名	〇〇〇〇株式会社					
氏名	〇〇〇〇					

- ※ 退職後に請求する場合は、『現況報告書』を添付ください。
- ※ 産科医療補償制度加入医療機関を利用の場合は、『制度加入印を押印された領収証』のコピーを添付ください。