

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)			

家族が出産した時

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 被保険者等 被記号・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 タロウ 健保太郎	④ 被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年11月1日	
	⑤ 被保険者の (請求者) 住所	〒×××-×××× 〇〇県〇〇市〇〇×丁目××番地-× 電話(XXX)XXX-XXXX			
	⑥ 出産した者 ※被扶養者が出産 した場合のみ記入	氏名	健保花	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年3月3日
		続柄	妻	認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ××年1月10日
	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 <input checked="" type="checkbox"/> はい・いいえ いいえの場合は その理由

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				印		

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
	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	健保太郎				
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。