

同 年 月 日	令和	年	月	日
決 議 年 月 日	令和	年	月	日
出 生 児 数	単胎・多胎(児)			
支 給 額	円			
資 格 取 得 年 月 日		年	月	日
資 格 喪 失 年 月 日		年	月	日
扶 養 認 定 年 月 日		年	月	日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 出産育児一時金請求書
家 族

請求日 : 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号		記号	② 被保険者の氏名		
			番号			
	③ 被扶養者の出産である時はその者の氏名		④ 生産・死産の別	⑤ 出産年月日	⑥ 出生児の氏名	⑦ 出生児の続柄
			生産・死産	平成・令和 年 月 日	(カナ)	
	⑧ 出生児は被保険者の扶養家族ですか		はい・いいえ		⑨ 出生児が被保険者の扶養家族でない時はその理由	
	⑩ 当健保加入後6ヶ月以内の出産の場合、以前加入していた社会保険名を記入		国保 (役所) → 不要。 健保 (健康保険) → 不要。 その他 () → 不支給証明書を前加入先に発行してもらってください。			
※退職者のみ記入してください。						
⑪ 支払金融機関		金融機関名	支店名			
		預金種目	口座番号			
		口座名義			*口座名義は、請求者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。	
		(カナ)				
		(漢字)				

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	出 産 し た 日	平成・令和 年 月 日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月・週)		
	出 生 児 の 数	単胎・多胎(児)	性別	男・女	備考	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
医療機関の名称、所在地 医師、助産師の氏名 又は、市区町村長 印						

*退職者または任意継続被保険者の方は記入不要です。

委 任 状	⑫ 私は、事業主を代理人と定め、出産育児一時金の受領を委任します。
	住所 本人 氏名 住所 ※代理人 氏名

受付印

※請求に当たっての留意事項

1. 太枠内の記入をお願いします。医師、助産師、市区町村長の証明欄は記入を依頼下さい
2. ①は、健康保険被保険者証に書いてあるものを、そのまま転記し
3. ⑫の本人の欄は、事業主経由(給与振込)で支給するため必ず自筆で記入してください。
※印の代理人欄は、会社が記入しますので、申請者は記入しないでください。