

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金請求書

◎「※」印欄は記入しないでください。
◎直接支払い制度を利用しない場合／海外で出産した場合はこちらの届出をご使用ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号		④ 生 年 月 日		⑤ 被扶養者 番 号	⑥ 給付記録 番 号	⑦ 受 取 代 理 人	⑧ 受付年月日			
	②	③ *枝番記入不要	昭	年	月	日	※	※	※ 0:無 1:有	※年 月 日	
	⑨ 被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名		フリガナ			事業所 の	⑦ 名 称		⑧ 所在地		
	被 保 険 者 (請 求 者) の 住 所		⑩ 郵便番号	フリガナ			(電話番号)				
			⑪ 住所コード	※							
	被扶養者が出産した ための請求である ときは、その方の		⑫ 氏 名	⑬ 生年月日		昭和 平成		年 月 日生			
	⑬ 出産した 年 月 日	令和	年	月	日	⑭ 生産児数	⑮ 死産児数	⑯ 死産の ときはその旨		⑰ 妊 娠 経過期間	カ月 週
	入院して出産 したときは、 その病産		⑱ 名 称	⑲ 所在地							
	⑳ 出生児の 氏 名		フリガナ			㉑ 被保険者と 出生児の続柄					
	㉒ 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか		ある・ない		㉓ 出生児が被保険者の 被扶養者でないときはその理由						
㉔ 法第3条第2項被保 険者として支給を受 けた場合はその額 (調整減額)		円		※	㉕ 調整減額 コード	㉖ 海 外 表 示	㉗ 特別支給 コード	(備考)			
㉘ 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の		保 険 者 名 ・		保 険 者 名 ・		保 険 者 名		記 号 番 号			
㉙ 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の		記 号 及 び 番 号		保 険 者 名 ・		保 険 者 名		記 号 番 号			

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	㉚ 出産した 年 月 日	令和 年 月 日	㉛ 生産または 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 月 週)		
	㉜ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		備 考		
	㉝ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 電話 ()局 番					
	㉞ 本 籍			㉟ 筆頭者氏名		
	㊱ 出生届 出 日	令和 年 月 日	㊲ 出生児氏名	㊳ 出生年月日		令和 年 月 日
	㊴ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 印 電話 ()局 番					

支 払 金 融 機 関 の 欄	㊵ 支払区分	振 込		㊶ 預金種別	普通	銀行 金庫 農協	本店 支店
	㊷ 金融機関 コード	※					(フリガナ)
	㊸ 口座番号	※		口座名義			

受 取 代 理 人 の 欄	㊹ 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。 令和 年 月 日 提出				
	被保険者 住所 (請求者) 氏 名		令和 年 月 日		
	㊺ 代理人の 氏名と印	フリガナ		㊻ 委任者と代理人との関係	
代理人 の住所	㊼ 郵便番号	住所			

□訂正者氏名

【記入上の注意事項】
記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。