

自署の場合、捺印不要

健康保険被保険者 出産育児一時金請求書

届書コード **届書**
3 2 1

社会保険委員の点検印

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 扶養番号 ⑥ 届出記録番号 ⑦ 代理人 ⑧ 受付年月日

① 15 ② 100 ③ 56 ④ 7 ⑤ ⑥ ⑦ ⑧

⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印 **フリガナ** **カミイ 伊助** **組合 一郎** ⑩ 名称 (株) ケーピーエム ⑪ 所在地 東京都渋谷区神南 1-2-34

⑫ 郵便番号 **150-0002** ⑬ フリガナ **カミイ タカシ** ⑭ 住所コード **東京都渋谷区渋谷 3-15-6** (電話番号)

⑮ 氏名 **組合 花子** ⑯ 生年月日 **昭和 58年 9月 7日** 生

⑰ 出産した年月日 **平成 28年 10月 01日** ⑱ 生産児数 **1** ⑲ 死産児数 **該当せず** ⑳ 妊娠 10ヵ月 産後期間

㉑ 入院した病院の名称 **関東大学病院** ㉒ 所在地 **新宿区西新宿 12-3-4**

㉓ 出生児の氏名 **フリガナ** **カミイ タカシ** ㉔ 被保険者と出生児の続柄

㉕ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか **ある・ない** ㉖ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由

㉗ 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) ㉘ 調整減額コード ㉙ 海外 ㉚ 特別支給(備考)

㉛ 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 借換番号・ 保険者名 記号番号

㉜ 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

医師・助産師または区市町村長が証明するところ

㉝ 出産した年月日 **平成 28年 10月 1日** ㉞ 生産または死産の別 **生 産** ㉟ 死産(妊娠)

㊱ 出生児の数 **単胎・多胎(児)** ㊲ 備考

㊳ 上記のとおり相違ないことを証明する。
平成 28年 10月 5日
医療施設の名称・所在地 **163-0001 新宿区西新宿 12-3-4**
医師・助産師名 **関東大学病院 関東 三郎** 電話(3987局) **654X** 番

㊴ 本 籍 ㊵ 単別者氏名

㊶ 出生届出日 平成 年 月 日 ㊷ 出生児氏名 ㊸ 出生年月日 平成 年 月 日

㊹ 上記のとおり相違ないことを証明する。
平成 年 月 日
区市町村長名 国 電話(局) 番

㊺ 支払金融機関の欄

㊻ 支払区分 1:振込 込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払 ㊼ 預金種別 1:普通 2:当座 3:通知 4:別段

㊽ 金融機関コード ㊾ 口座番号 **1 2 3 1 2 3**

㊿ 口座名義 **東京 銀行 渋谷 本店 組合 一郎**

受取代理人の欄

① 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。 平成 年 月 日 提出

被保険者(請求者)の住所 氏名 平成 年 月 日 受付日付印

② 代理人の氏名と印 ③ 委任者と代理人との関係

代理人の住所 ④ 住所コード

社会保険労務士の提出代行書印

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎「印」欄は記入しないでください。

生産の場合はこのように記入

医療機関等の印

必ず記入

請求者(受取代理人がいるときはその者)の口座を記入