

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

## 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 記号・番号			② 事業所の 名称		
	③ 被保険者の (請求者) 氏名	フリガナ		④ 被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	⑤ 被保険者の (請求者) 住所	〒			<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	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
		続柄		認定日	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	⑦ 入院して出産 した時の病院	名称		地所在	<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	⑧ 出産年月日	令和 年 月 日		⑨ 生産児数	⑩ 死産児数	
				人	人(妊娠 ヶ月 週)	
⑪ 出生児について	氏名	フリガナ	続柄	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		

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 ヶ月 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					
	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 ㊟						

※ 訂正された場合は、二重線で抹消後訂正印を押印ください。

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。 令和 年 月 日					受 付 印
	被保険者 (請求者)	住所 氏名				
	代理人	事業所名 氏名				

- ※ 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、「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言の記載がある領収証のコピーを添付ください。