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		
			喪失　年　月　日		
法第106条	□該当・□不該当	(備考)			

本人が出産した時

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 ケンポ ヨシコ 健保良子		④ 被保険者の生年月日	□昭和 ☑平成 ×× 年 3 月 3 日
⑤ 被保険者の（請求者）住所	〒XXX-XXXX ○○県○○市○○×丁目××番地×× 電話（123）456 － 7890			
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	□昭和 □平成 年 月 日
	続柄		認定日	□平成 □令和 年 月 日
⑦ 入院して出産した時の病院	名称	○○病院	所在地	○○県○○市○○×丁目××番地×
⑧ 出産年月日	令和 ×× 年 5 月 5 日		⑨ 生産児数	1 人
			⑩ 死産児数	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	はい・いえ
			いいえの場合はその理由	夫の扶養のため

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　㊞						

委任状		受付印
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。 任意継続の人は無記入　令和 ×× 年 5 月 10 日 被保険者（請求者）住所 ○○県○○市○○×丁目××番地×× 氏名 健保良子 代理人 事業所名 ○○○○株式会社 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、『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。