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)			

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	□昭和 □平成　年　月　日
	⑤ 被保険者の（請求者）住所	〒 電話（　　）　－		
	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	他所在	
	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　ヵ月　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　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					
	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 被保険者（請求者） 住所 氏名 代理人 事業所名 氏名	受付印

※ 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。