

記入例 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 提出

※出産に要した費用の「領収書のコピー」を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被 保 険 者 証 記 号	999	番 号	999999	被 保 険 者 名	健 保 太 郎	健 保 印	
	事 業 所 名 称	(株)○○○○○			被 保 険 者 日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	所 属 部 所	○○○○部			◇外線	(999) 999 - 9999		
	出 産 し た の 医 療 施 設 の 名 称	○ ○ 病 院			所 在 地	○○○○○○○○○-○○		
	フ リ ガ ナ	ケンボ ジロウ			出 産 年 月 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
	出 生 児 氏 名	健 保 二 郎			続 柄	長男		
	被 保 険 者 現 住 所	〒 9 9 9 - 9 9 9			死 産 の と き	令和 年 月 日		
	振 込 先	被 保 険 者 本 人 の 口 座 を 記 入 し て く だ さ い 。 (家 族 の 口 座 は 不 可)						
	銀 行 名	支 店 名	種 別	口 座 番 号	口 座 名	義		
	銀行コード 9 9 9 9	支店コード 9 9 9	普通	1 2 3 4 5 6 7	ケンボ タロウ	氏名 健保 太郎		
出 産 し た 者 の 氏 名	健 保 花 子			出 産 し た 者 の 日	(被 保 険 者 証 記 載 の 「 資 格 認 定 」 の 日 付)			
出 産 し た 者 の 生 年 月 日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	出 産 組 当 扶 養 認 定 日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	※認定後6カ月以内の出産の場合は	
以前加入の健康保険	※家族が当組合に加入してから6カ月以内に出産したとき・・・家族が以前加入していた健康保険について記入							
保 険 者 名 称 (健康保険)	○○健康保険組合			被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	00000-00			
取 得 年 月 日 (入 社 日)	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	喪 失 年 月 日 (退 職 日 の 翌 日)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日				
現在加入の健康保険	※被 保 険 者 が 資 格 喪 失 後 6 カ 月 以 内 に 出 産 し た と き ・ ・ ・ 現 在 加 入 し て い る 健 康 保 険 に つ い て 記 入							
保 険 者 名 称 (健康保険)				被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号				
取 得 年 月 日 (入 社 日)	平成 年 月 日	令和 年 月 日	喪 失 年 月 日 (退 職 日 の 翌 日)	令和 年 月 日				

医 師 、 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	● 市区町村の証明 (医師又は助産師の証明がある場合は不要)							
	本 籍	市区町村の証明			出 生 届 出 日	令和 年 月 日		
	筆 頭 者 氏 名	市区町村の証明			出 生 年 月 日	令和 年 月 日		
	上 記	市区町村の証明			令 和 年 月 日			
● 医師又は助産師								
出 産 年 月 日	令和 年 月 日	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 日)	出 生 児 の 数	単胎・多胎 (児)			
上 記	令和	医師の証明						

※医師又は助産師の証明が外国語の場合、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載)を添付してください。

[受付日付印]

健保処理欄	<input type="checkbox"/> 給付記録の照会：令和 年 月 日 (様)
	<input type="checkbox"/> 産科医療補償制度加入機関