

□被保険者 出産育児一時金請求書
□家族

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。
太枠内を記入・捺印してください。

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被 保 險 者 証 記 号	記 号	番 号	被 保 險 者 名	昭和 年 月 日			
	事 業 所 名 称				被 保 險 者 日	昭 和	年	月 日
	所 属 部 所				◇外線：() -			
	出 産 し た の 医 療 施 設 の 名 称				所 在 地			
	フ リ ガ ナ				出 産 年 月 日	令 和	年	月 日
	出 生 児 氏 名	続 柄			死 産 の と き は そ の 旨	令 和	年	月 日
	被 保 險 者 現 住 所	〒			◇自宅：() -			
	◇携帯：() -							
	◆ 振込先 (※被保険者本人の振込先)							
	銀 行 名		支 店 名		種 別	口 座 番 号		口 座 名 義
銀行コード		支店コード		普通			フリガナ	
銀行信用金庫		支店出張所		当座			氏名	
(家族が 出産したとき)	出 産 し た 者 の 氏 名				出 産 し た 者 の 当 組 合 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	扶 養 認 定 日	平 成	年	月 日
	※認定後6カ月以内の出産の場合は							
	※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 ←							
	以 前 加 入 の 健 康 保 険	組 合 ・ 社 会 保 険 事 務 所 ・ 国 民 健 康 保 険 ・ 共 済 ・ そ の 他 ()						
	保 険 者 名 称 (健康保険)	被 保 險 者 証 記 号 ・ 番 号		連 絡 先 (電話番号)		() -		
	取 得 年 月 日 (入 社 日)	平 成	年	月 日	喪 失 年 月 日 (退 職 日 の 翌 日)	令 和	年	月 日
	※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							
	現 在 加 入 の 健 康 保 険	組 合 ・ 社 会 保 険 事 務 所 ・ 国 民 健 康 保 険 ・ 共 済 ・ そ の 他 ()						
	保 険 者 名 称 (健康保険)	被 保 險 者 証 記 号 ・ 番 号		連 絡 先 (電話番号)		() -		
取 得 年 月 日 (入 社 日)	平 成	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				出 生 届 出 日	令 和	年	月 日
	筆 頭 者 氏 名	出 生 児 氏 名		出 生 年 月 日		令 和	年	月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。							
	令和 年 月 日							
	市 区 町 村 長 名 (印)							
	● 医師又は助産師の証明 (市区町村の証明がある場合は不要)							
	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)
	上記のとおり相違ないことを証明します。							
	令和 年 月 日 〒							
医 療 施 設 の 名 称 ・ 所 在 地								
医 師 ・ 助 産 師 名 (印)								

※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