

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 請求書

請求者が記入するところ	① 被保険者の証	記号	番号	② 請求者の氏名と印 生年月日	昭・平 年 月 日	㊟	
	③ 請求者の住所			〒 - 電話 ()			
	④ 事業所の		名称				
			所在地				
	⑤ 被扶養者の出産であるときはその者の		氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日		
	⑥ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑦ 生産児数 人	⑧ 死産児数 人	⑨ 死産のときはその旨	⑩ 妊娠経過 ヶ月 週	
	⑪ 入院して出産したときは、その病産院の		名称	所在地			
	⑫ 出生児の氏名		⑬ 被保険者と出生児の続柄				
	⑭ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある・ない	⑮ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由			
	被保険者の出産であるときは夫の	⑯ 氏名		保険証の記号・番号		⑰ 備考	
勤務先名称		記号					
所在地		番号					
保険者の名称		健保・社保 国保・共済 TEL					
被扶養者認定後6ヶ月以内の出産であるときは被扶養者の	⑱ 従前の勤務事業所名		保険証の記号・番号				
	所在地		記号				
	退職年月日	令和 年 月 日	番号				
	保険者の名称		健保・社保 国保・共済 TEL				
医師・助産師又は区市町村長が証明するところ	出産した年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)			
	出生児の数	単胎・多胎(児)	備考				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
	医療施設の名称・所在地 〒						
	医師・助産師名			㊟ 電話 ()			
	本籍			筆頭者氏名			
	出生届出日	令和 年 月 日	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する。 令和 年 月 日						
	区市町村長名			㊟ 電話 ()			
	委任欄	私は事業主である下記のものを代理人と定め、令和 年 月 日に請求した給付金の受領方を委任します。 令和 年 月 日				令和 年 月 日提出	
事業所所在地 名称				----- 受付日付印			
事業主氏名 ㊟							
請求者氏名 ㊟							