



(注意事項)

- 1、表題の「被保険者」と「配偶者」の別および⑩欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
- 2、①欄は、健康保険の被保険者証をみればわかります。
- 3、生産または早産の場合は⑩欄に、入院しないで分べんした場合は⑨の「ア」の欄に、「女子被保険者が分べんしたための請求がある場合は、⑨の「ア」欄に、⑩欄の「ある」を丸でかこんだ場合は⑩欄にそれぞれ「該当せず」と記載してください。
- 4、⑧、⑩、⑪訂正箇所には各記入者と同じ印を押していただく。

同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱	者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	令和 年 月 日						
支払額	拾万 万 千 百 拾 円						
支給決定の額	拾万 万 千 百 十 円	摘要	資格	得 喪			
附加の額			決定標準報酬月額 千円				
分べんの日	令和 年 月 日	備考					

健康保険 家族 **被保険者** 出産育児一時金請求書 令和 年 月 日請求

① 被保険者証の記号と番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	② 被保険者(請求者)の氏名	健保 花子	
③ 被保険者の現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都新宿区新宿 〇-△△-〇		(Tel)	000-000-0000
④ 事業所の名称	株式会社 〇〇〇〇			
⑤ 分べんした年月日	令和 〇年 〇月 〇日	⑥ 死産のときはその旨		⑦ 妊娠経過期間 月 週
⑧ 入院して分べんしたときは、その病産院の	(ア) 名称 〇×医大病院 (イ) 所在地 東京都新宿区新宿××-〇-×			
⑨ 配偶者が分べんしたための請求であるときはその者の	(ア) 氏名	(イ) 生年月日	昭和 平成 年 月 日生	
⑩ 出生児の氏名	健保 美子	⑪ 被保険者と出生児の関係	長女	⑫ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか

医師または市区町村の証明を受けてください

⑬ 出生児が被保険者の被扶養者でないときは、その理由	夫が扶養のため	⑭ 備考	
⑮ 分べんした年月日	令和 年 月 日	⑯ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 月 週)
⑰ 出生児の数	単胎・多胎 (児)	備考	
⑱ 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 〒 電話 (局) 番 医師・助産婦名			
⑲ 本籍		⑳ 筆頭者氏名	
㉑ 出生届出日	令和 年 月 日	㉒ 出生児氏名	
㉓ 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 印 電話 (局) 番			

本人と振込先名義人が異なる場合は記入してください

支払区分	※ 1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	預金種別	※ 1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別	口座名義	銀行 金庫 農協 本店 支店 ケンボ 健保 ハナコ 花子
金融機関コード				口座名義にフリガナをふってください 口座は、②の氏名と同じ名義を記入してください(配偶者の名義は不可)	
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				

私は 〇〇〇〇 円を代理人と定め、令和 年 月 日に請求した出産育児一時金 〇〇〇〇 円也の受領方を委任します。

本人 住所 氏名 _____

代理人 住所 氏名 _____

事業所 担当者