

被保険者
家 族

出産育児一時金 ・ 出産育児付加金 請求書

請 求 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者の 記号・番号		(記号)	(番号)	② 事業所名		
	被保険者の (請求者の) 氏名 住所・郵便番号	③ 氏名	フリガナ ()		④ 住所	〒 () Tel ()	
	⑤ 被扶養者の出産であるときは 被扶養者の氏名・生年月日		氏名		生年月日	年 月 日	
	⑥ 出産年月日	令和 年 月 日	⑦ 出生児はあなたの何子目ですか		子目		
	生産・死産	妊娠第 週 又は第 ヵ月	⑧ 出生児はあなたの 被扶養者ですか	ア. 被扶養者である イ. 被扶養者でない	イの場合 (A) 夫の被扶養者である (B) その他 ()		
	⑨ 被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月 以内に出産の場合は、被扶養者が以前 加入していた被保険者証の記号・番号 及び保険者名 資格喪失後の出産の場合は、現在加入 の被保険者証の記号・番号及び保険者名		(記号)	(番号)	(被保険者名)		
			(保険者名)		⑩ 他 の 制 度 か ら 出 産 費 を 受 け た か ど う か	ア. 受けた イ. 受けていない ウ. 請求中	
	⑪ 希望するところに ○をつけて下さい		A 銀行振込 B 健保組合の窓口支払い C 代理人に委任				
	A・Cに○をつけた方 は記入して下さい * 被保険者又は 請求者の口座 に 限 り ま す 。		通帳をお確かめのうえ記入下さい。 フリガナ () () 銀行 信用金庫 _____ 支店 店番 _____ フリガナ () 口座番号 (普・当) _____ 名義人氏名 _____				
	Cに○をつけた方 は 記入して下さい		この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 被保険者(請求者)氏名 _____				
⑫ 照会の同意	本請求について、他保険者等に照会することを同意します。 令和 年 月 日 氏名 _____		領収書	¥ _____ 左の金額を領収しました。 年 月 日 氏名 _____			
備考	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)						

⇒ いずれか一方で差し支えありません。

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	出産者氏名		出産年月日	令和 年 月 日	
	出生時数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医 師 ・ 助 産 師 名 Tel () -				
	本 籍		筆 頭 者 氏 名		
	母 の 氏 名	出 生 児 氏 名	出 生 年 月 日 令和 年 月 日		
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 市区町村長名 (印)					