

被保険者
家族

出産育児一時金 請求書

令和 年 月 日

〔注意事項〕

・生産の場合↓1. 請求書内に医師の証明をもらう
 2. 領収・明細書のコピー（「直接支払い制度を用いていない旨」の記載及び「産科医療補償制度加入施設で出産した際は所定のスタンプ」が押されているもの）
 3. 合意文書のコピー（「直接支払い制度を用いていない旨」及び「保険者名」のあるもの）
 ・死産の場合↓右記1は「請求書内に医師の証明をもらう」に限る

被 保 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
	所 属	事業所名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	被保険者 住所	(〒 -)		TEL ()	-
	分娩年月日	令和 年 月 日		出生児氏名	
	出産費資金の 貸付	有 ・ 無 → (○をつける)			
	※ 被扶養者（妻・家族）が分娩した場合				
	被扶養者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄
	※ 退職後の請求の場合				
	入社年月日	昭・平・令 年 月 日		退職年月日	平成・令和 年 月 日
	フリガナ		預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ
金融機関名	銀行	支店	口座番号	名 義	
備 考					

証 明 す る と こ ろ が は 市 区 町 村 長 の い ず れ か が	分娩年月日	令和 年 月 日			
	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 カ月 週)	胎児の数	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			TEL () -	
	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します。 令和 年 月 日					
市区町村長名			TEL () - ⑩		

■お願い ■訂正箇所には訂正印を押印願います

健 保 記 入 欄	支 給 額	¥	支給決定日		令和 年 月 日
			支給決定 並びに 支出決議	常務 理事	担 当 者

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所 受付印 担当者	
-------------------	--