

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

◎ ⑨は被保険者(請求者)が自ら署名する場合には、被保険者(請求者)の押印は不要です。被保険者(請求者)以外の方が代理で署名する場合は、被保険者印(請求者印)を押印してください。
医師・助産師または市区町村長の証明印は省略できません。

被保険者証の記号・番号			④ 生 年 月 日			⑤被扶養者 番 号		⑥給付記録 番 号		⑦受 取 代理人		⑧ 受 付 年 月 日	
①	②	③	5	7	9	昭	平	*	*	0:無 1:有	送 信		
⑨ 被 保 險 者 (請求者) の氏名と印			(フリガナ)			⑦ 名 称		⑩ 所在地					
⑪ 被 保 險 者 (請求者) の 住 所			⑩ 郵 便 番 号			(フリガナ)		電話 ()-()-()					
被扶養者が出産したための 請求であるときは、その者			⑦ 氏名			⑫ 生 年 月 日		昭和 平成		年 月 日生			
⑫ 出 産 し た 年 月 日			令和 年 月 日			⑬ 生 産 児 数		⑭ 死 産 児 数		⑮ 死産のとき はその旨		⑯ 妊 娠 経過期間	
入院して出産したと きは、その産院の			⑮ 名称			⑯ 所在地							
⑮ 出 生 児 の 氏 名			(フリガナ)			⑰ 被 保 險 者 と 出生児の続柄							
⑰ 出生児が被保険者の被扶養 者であるかどうか			ある ない			⑱ 出生児が被保険者の被扶養 者でないときはその理由							
⑲ 法第3条第2項被保険者 として支給を受けた場合 はその額(調整減額)			円 ※			⑲調整減額 コード		⑳海 外 表 示		㉑特別支給 コード		㉒ 備考	
㉓ 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、 その被保険者証の			㉔ 被扶養者が被保険者であった場合は、その 当時の被保険者証の										
保険者名・記号及び番号													

※ いずれかの一方の証明とする。

医師・助産師又は市区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 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 カ月 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			
	本 籍	筆頭者氏名		
市区町村	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 市 区 町 村 長 名			

支払金融機関の欄	⑳支払区分	※ 1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	㉑預金種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別	㉒ 銀行 金庫 農協	本店 支店
	㉓金融機関 コード				口座名義人の氏名	
	㉔口座番号				郵便局(口座への預入れは出来ません)	

※ 給付金の受領方を委任するときは、下記「受取代理人の欄」に記入し、上記「支払金融機関の欄」は、受取代理人の銀行名、口座番号等を記入してください。また、下欄には委任者及び受取代理人の押印が必要です。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 住 所 (請求者) 氏 名	
	㉕代理人の 氏名と印	(フリガナ) ㉖郵便番号 ㉗住所コード
	㉘代理人の 住 所	(フリガナ)

令和 年 月 日提出

受 付 日 付 印

送 信