



何年月日	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	年 月 日					
支払額	拾万 千 百 拾 円					
※支給決定の額	拾万 千 百 拾 円	資格	得喪	年 月 日		
法定	出産	付加	出産	年 月 日		
育児	育児			決定標準報酬月額	千円	
出産の	日	年 月 日		備考		

(記入上の注意事項)

1. 標題の「被保険者」と「家族」の別および④の年号、⑤、⑥および⑦の欄は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
2. ①、②および③は、健康保険の被保険者証に記載されています。
3. 生産または早産の場合は、④に、入院しないで出産した場合は、⑤と⑥の欄に、女子被保険者が出産したための請求である場合は、⑦および⑧の欄に「該当せず」と記入してください。
4. ⑨の被保険者の印は、被保険者が自ら署名する場合には不要です。ただし、⑩(または⑪、⑫、⑬)および⑭の欄の印は、はつきりと押印してください。また、訂正箇所には各記入者と同じ印を押してください。
5. ⑯欄の「死産」の文字がマルで囲まれている場合は、妊娠何ヵ月目の死産であるかを、かっこ内に書き添えてもらってください。

健康保険 被保険者 家族 **出産育児一時金請求書** 年 月 日請求

① 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
②	5:昭 7:平 9:令	*	*	※ 0:無 1:有	※ 年 月 日
③	フリガナ	⑦ 名称	⑧ 所在地		
⑨ 被保険者の氏名	フリガナ	⑩ 郵便番号	(電話番号)		
被保険者の住所			( )		
被扶養者が出産したための請求であるときは、その方の	⑦ 氏名	⑧ 生年月日	昭和 年 月 日生		
⑪ 出産した年月日	⑫ 生産児数	⑬ 死産児数	⑭ 死産のときはその旨	⑮ 妊娠経過期間	ヵ月 週
入院して出産したときは、その病産院の	⑯ 名称	⑰ 所在地			
⑭ 出生児の氏名	フリガナ	⑱ 被保険者と出生児の続柄			
⑲ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	⑳ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由			
⑳ 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	㉑ 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	被保険者名・記号及び番号	被保険者名	記号番号
		㉒ 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の			
(備考)					

6. 医師・助産師または区市町村長が証明するところ(⑳または㉑の欄)は、どちらか一方で証明を受けてください。
7. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
8. 給付金の受領を他人に委任する場合は、受取代理人の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の領収書に給付金受領の口座を記入し、受取代理人の住所を別々に届けてください。
9. 法定受取代理人の住所を別々に届けていただく場合は、不要の文字を抹消してください。
10. ㉒の欄は記入しないでください。

㉑ 出産した年月日	年 月 日	㉒ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月 週)
㉓ 出生児の数	単胎・多胎(児)	備考	
㉔ 上記のとおり相違ないことを証明する。	年 月 日		
医療施設の名称・所在地	区市町村長	電話(局)番	
㉕ 本籍	筆頭者氏名		
㉖ 出生届出日	年 月 日	㉗ 出生児氏名	㉘ 出生年月日
㉙ 上記のとおり相違ないことを証明する。	年 月 日		
区市町村長名	電話(局)番		

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:別段	銀行 金庫 農協 本店 支店
㉒ 金融機関コード				口座名義
㉓ 口座番号				郵便局

⑰ 私は 年 月 日に請求した出生育児一時金及び同付加金、金を 円也の受領方を委任します。

住所 被保険者(請求者) 氏名

㉔ 代理人の氏名 フリガナ ㉕ 委任者と代理人との関係

代理人の住所 ㉖ 郵便番号 フリガナ

事業所 担当者印

領収書 金 円也領収いたしました。 年 月 日

健康保険組合理事長殿 氏名

※ 受付日付印