



(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、⑧に、入院しない出産の場合は、⑨と⑩の欄に、女子被保険者が出産したため請求である場合は、⑪および⑫欄にそれぞれ「該当せず」と記入してください。
4. ⑩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、⑪(または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。

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		
支給決定の額	拾万 千 百 拾 円	資格	喪	年 月 日		
出産の日	年 月 日	決定標準報酬月額				千円
出産の	年 月 日	備考				

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: 胎 7: 平 9: 合	*	*	※ 0: 無 1: 有	※ 年 月 日
③	400601				
⑨ 被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	⑦ 名 称	□□株式会社		
⑩ 被保険者 (請求者) の住 所	郵便番号 1800004	⑧ 所在地	東京都○○○区△△△...		
被扶養者が出産した ための請求である ときは、その方の	フリガナ トウキョウトシンジュククニシンジュク (電話番号)	⑨ 所在地	東京都新宿区西新宿○-○-○ ( )		
⑪ 出生した 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	カ月 週
1 年 1 月 20 日	1				
入院して出産した ときは、その病院の	⑯ 名 称	⑰ 所在地	○○区△△...		
⑱ 出生児の 氏 名	フリガナ ケンボ カズオ 健保 一男	⑲ 被保険者と 出生児の続柄	長男		
⑳ 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	㉑ 出生児が被保険者の 被扶養者でないときはその理由	ある・ない			
㉒ 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	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 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	保険者名・ 記号及び番号	保険者名	記号番号
(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、支払金融機関の欄に受取代理人の住所・氏名を記入し、支払金融機関の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の欄に必要事項を記入してください。
9. ㉒欄の印は記入しないでください。

㉔ 出生した 年 月 日	2019 年 12 月 1 日	㉕ 生産または 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 カ月 週)
㉖ 出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	備 考	
㉗ 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 〒○○○-○○○○ 東京都○○区△△△... □□病院 医師・助産師名 電話 ( ××× 局) ×××× 番			
㉘ 本籍		㉙ 筆頭者氏名	
㉚ 出生届出日	年 月 日	㉛ 出生児氏名	年 月 日
㉜ 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			

⑯ 支払区分	1: 振 込 2: 銀 行 送 金 3: 郵 便 局 送 金 4: 当 地 払	⑰ 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
⑱ 金融機関 コード				口座名義
⑲ 口座番号				郵便局

⑲ 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。  
年 月 日

被保険者 住所 東京都新宿区西新宿○-○-○  
(請求者) 氏名 健保 太郎

⑲ 代理人の 氏 名	フリガナ ヤマダ サブロー 山田 三郎	㉚ 委任者と代理人との関係	受領代理人
代 理 人 の 住 所	⑲ 郵便番号	フリガナ	

事 業 所  
担 当 者 印

領 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