

記入見本

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金請求書

被保険者証の記号・番号		③	(フリガナ) ケンポ タロウ	④ 被保険者の生年月日	
①	②	被保険者 (請求者)の 氏名	健保 太郎	昭和 平成	年 月 日 5 5 5 5
被保険者(請求者)の住所		東京 都道府県	目黒区〇〇〇-〇〇-〇〇	電話番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇	
〒	〇 1 2	-	3 4 5 6	⑥ 事業所の 名 称	⑦ 所在地
				(株)〇〇〇〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者	品川区〇〇〇-〇〇-〇〇 ※任意継続被保険者の方は記入不要です
被扶養者が出産したため の申請である時はその方の		⑧ 氏名	健保 花子	⑨ 生年月日	昭和 平成 令和
				0 年 0 月 0 日	⑩ 被保険者との続柄 妻
⑪ 出産した年月日	令和	〇 〇 年	〇 〇 月	〇 〇 日	⑫ 出生児数 1 人
					⑬ 死産児数 人
					⑭ 妊娠経過期間 40 週
⑮ 出生児の氏名	(フリガナ) ケンポ イチロウ	⑯ 被保険者との続柄	⑰ 出産した医療機関等の名称		
	健保 一郎	長男	〇〇〇〇病院		

⑱ 給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農 協 労働金庫	預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)					
	本店 支店 出張所	店番号(3ケタ)	<input type="checkbox"/> 普通 (総合口座) <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(数字7ケタ)				

医師・助産師または市区町村長が証明するところ	出産者氏名	健保 花子		出産年月日	令和	〇 〇 年	〇 〇 月	〇 〇 日	
	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎(児)	生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明します。								
	医療施設の所在地	東京都目黒区〇〇〇-〇〇-〇〇			令和	〇 〇 年	〇 〇 月	〇 〇 日	
	医療施設の名称	〇〇〇〇病院							
	医師・助産師の氏名	〇〇 〇〇	電話	〇〇 (〇〇〇〇)	〇〇〇〇				
	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	
	上記のとおり相違ないことを証明します。								
	市区町村長名	ご注意 市(区)町村長の証明でもかまいません			年	月	日		
	Ⓜ	電話	()						

添付書類

- 医療機関等から交付された「直接支払制度の合意文書」の写
- 医療機関等から交付された「出産費用の領収書・明細書(産科医療保障制度の押印がされているもの)」の写

注意事項

被保険者が、中央ラジオ・テレビ健保組合の資格を喪失後6か月以内の出産の場合または被扶養者が、中央ラジオ・テレビ健保組合の資格を取得して6か月以内の出産の場合は、別紙「同意書」の記載が必要です。

令和 0 年 0 月 0 日 提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄	
------------	--