

# 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 被保険者 (請求者)の 氏名	(フリガナ)		④ 被保険者の生年月日		
①	②		昭和	年	月	日	平成
⑤ 被保険者(請求者)の住所		都 道 府 県			⑩ 被保険者との続柄		
〒	—				電 話 番 号		
事業所の 名 称	⑥ 任意継続被保険者		⑦ 所在地	※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	⑨ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
⑪ 出産した年月日	令和	年	月	日	⑫ 出生児数	⑬ 死産児数	⑭ 妊娠経過期間
⑮ 出生児の氏名		(フリガナ)	⑯ 被保険者との続柄	⑰ 出産した医療機関等の名称			

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)	口座番号(数字7ケタ)			
			<input type="checkbox"/> 当座				

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			出産年月日	令和	年	月	日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎( 児)	生産または死産の別	<input 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				令和	年	月	日
	医療施設の名称							
	医師・助産師の氏名				電話 ( )			
	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				⑲	電話	( )		

**添付書類**

1. 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
2. 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 年 月 日 提出

受 付 日 付 印

社会保険労務士記載欄	
------------	--