

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 電話番号		
〒	—						
事業所の 名 称	⑥	⑦ 所在地					
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
						人	人
⑮ 出産した医療機関等の名称		⑭ 妊娠経過期間					
		週					

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	預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)				
	信用組合 農協 労働金庫	<input type="checkbox"/> 普通 (総合口座)	口座番号(数字7ケタ)				
	本店 支店 出張所	<input type="checkbox"/> 当座					
	店番号(3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	出生年月日		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	令和 年 月 日					
	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

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印

社会保険労務士記載欄	
------------	--