記入見本　健康保険　被保険者・家族　出産育児一時金請求書

被保険者等記号・番号		③ 被保険者(請求者)の氏名	(フリガナ) ケンポ　タロウ 健保　太郎	④ 被保険者の生年月日			
① 1 2 3	② 4 5 6 7			(昭和)・平成	年 5 5	月 5	日 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		
〒 0 1 2	－ 3 4 5 6				〇〇〇〇-〇〇〇〇		
事業所の	⑥ 名称	(株)〇〇〇〇〇〇 ☐ 任意継続被保険者	⑦ 所在地	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 健保　一郎		⑯ 被保険者との続柄	長男	⑰ 出産した医療機関等の名称	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)	☐ 普通(総合口座) ☐ 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	☑ 単胎　☐ 多胎(　　児)	生産または死産の別	☑ 生産　☐ 死産(妊娠　　週)	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 医療施設の所在地　東京都目黒区〇〇〇－〇〇－〇〇 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。　年　月　日 ご注意　市(区)町村長の証明でもかまいません 市区町村長名　㊞　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ヵ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ヵ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	