

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	年 月 日
1 2 3	4 5 6 7				平成	5 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 1 2 - 3 4 5 6				〇〇〇〇-〇〇〇〇	
事業所の 名 称	⑥		⑦ 所在地			
	(株)〇〇〇〇〇〇〇		品川区〇〇〇-〇〇-〇〇			
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		⑩ 被保険者との続柄	
		健保 花子	昭和 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日		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	⑬ 死産児数	⑭ 妊娠経過期間	
			1 人	人	40 週	
⑮ 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		<input type="checkbox"/> 普通 (総合口座) <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(数字7ケタ)					
	支店	店番号(3ケタ)							
	出張所								

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

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 〇 年 〇 月 〇 日 提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄	
------------	--