

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

社会保険委員
の点検済印

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号			④ 生 年 月 日			⑤ 被扶養者 番 号	⑥ 給付記録 番 号	⑦ 受 取 代 理 人	⑧ 受付年月日	
	①	②	③	昭.5 平.7	年	月	日	*	*	* 0:無 1:有	※ 年 月 日
	⑨ 被 保 険 者 (請求者) の氏名と印			フリガナ			⑦ 名 称	① 所在地			
	被 保 険 者 (請求者) の 住 所			⑩ 郵便番号	フリガナ			(電話番号)			
				⑪ 住所コード				()			
	被扶養者が出産した ための請求である ときは、その方の			⑦ 氏 名	⑧ 生年月日			昭和 平成	年 月 日生		
	⑫ 出産した 年 月 日	令 和	年	月	日	⑬ 生産児数	⑭ 死産児数	⑮ 死産のと きはその旨		⑯ 妊娠 経過期間	ヵ月 週
	入院して しその病 産院の			⑰ 名 称	⑱ 所在地						
	⑫ 出生児の 氏 名			フリガナ			⑲ 被 保 険 者 と 出生児の続柄				
	⑲ 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか			ある・ない			⑳ 出生児が被保険者の 被扶養者でないときはその理由				
⑳ 法第3条第2項被保 険者として支給を受 けた場合はその額 (調整減額)			円			㉑ 調整減額 コード	㉒ 海 外 示	㉓ 特別支給 コード	(備考)		
						0:国内 1:海外					
㉔ 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の			被 保 険 者 名			保 険 者 名		記 号 番 号			
㉕ 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の			記 号 及 び 番 号								

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎ 「※」印欄は記入しないでください。

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 区 市 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	㉖ 出産した 年 月 日	令 和 年 月 日	㉗ 生産または 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠)		ヵ月 週
	㉘ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		備 考		
	㉙ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日					
	医療施設の名称・所在地〒 医師・助産師名					
	㉚ 本 籍			㉛ 筆頭者氏名		
	㉜ 出生届出日	令 和 年 月 日	㉝ 出生児氏名	㉞ 出生年月日	令 和 年 月 日	
㉟ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
区 市 町 村 長 名						
電話 (局) 番						

支 払 金 融 機 関 の 欄	㊱ 支払区分	* 1:振 込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	㊲ 預金種別	1:普 通 2:当 座 3:通 知 4:別 段	㊳	銀行 金庫 農協	本店 支店
	㊴ 金融機関 コード	*			口座名義		
	㊵ 口座番号	*				郵便局	

受 取 代 理 人 の 欄	㊶ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日提出					
	被保険者 住所 (請求者) 氏名			令和 年 月 日		
	㊷ 代理人の 氏名と印			㊸ 委任者と代理人との関係		
	フリガナ					
代理人 の住所	㊹ 郵便番号		フリガナ			送信
	㊺ 住所コード	*				

社会保険労務士
の提出代行者印

令和 年 月 日提出
受付日付印