

自署の場合、捺印不要

届書コード	届書
3 2 1	

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
99 1000 48 710	昭和48年7月10日			0:無 1:有	
⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印	フリガナ ケンポ タロウ	⑦ 名称	〇〇〇株式会社		
健保 太郎		④ 所在地	東京都品川区大崎〇-〇-〇		
被保険者(請求者)の住所	⑩ 郵便番号	フリガナ トウキョウトシナガワクオオサキ	(電話番号)		
⑪ 住所コード	1410032	東京都品川区大崎〇-〇-〇	03 5470 〇〇〇〇		
被扶養者が出産したとき、その方の氏名	⑫ 出生年月日	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
健保 花子	昭和50年4月10日生	1人		該当せず	10ヵ月週
⑰ 入院し、出産したとき、その病産院の名称	⑱ 所在地				
△△△病院	160-0023 東京都新宿区西新宿〇-〇-〇				
⑲ 出生児の氏名	フリガナ ケンポ タケル	⑳ 被保険者と出生児の続柄	長男		
健保 タケル					
㉑ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	㉒ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由				
ある	ない				
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)	㉓ 調整減額コード	㉔ 海外	㉕ 特別支給コード	(備考)	
	*	0:国内 1:海外			
㉖ 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	㉗ 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の	㉘ 保険者名	㉙ 記号番号		

◎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。

「子」ではなく、「長男」等、詳しく記入

① 出産した年月日	平成 27年 4月 21日	② 生産または死産の別	生産	死産(妊娠)	ヵ月週
③ 出生児の数	単胎	多胎(児)	備考		
④ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 27年 4月 30日					
医療施設の名称・所在地 〒 160-0023 東京都新宿区西新宿〇-〇-〇					
医師・助産師名 △△△病院 関東 三郎					
⑤ 本籍	⑥ 筆頭者氏名				医師の印
⑦ 出生届出日	平成 年 月 日	⑧ 出生児氏名	⑨ 出生年月日 平成 年 月 日		
⑩ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日					
区市町村長名					

医師記入欄
(医師又は区市町村長に記入を依頼してください)

区市町村長記入欄

支払区分	1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	② 預金種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	③	銀行金庫農協 大崎 本店支店
① 金融機関コード		口座名義	ケンポ タロウ		
④ 口座番号	00000001 郵便局				

受取代理人の欄	① 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。	平成 年 月 日提出
被保険者(請求者)の住所	氏名	受付日付印
② 代理人の氏名と印	フリガナ	③ 委任者と代理人との関係
代理人の住所	④ 郵便番号	フリガナ
	⑤ 住所コード	送信

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---