

※支給決定日		支給決定日 令和 年 月 日			
支 給 額	法定給付	款 項 目	常務理事	事務長	担 当
		円			

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書（本人への全額支給用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号 〇 〇 番号 〇 〇 〇	被保険者 資格取得日	平成 令和 〇 〇 〇 4 〇 1	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日
	被保険者 氏 名 生年月日	フリガナ ケンボ タロウ 健 保 太 郎		被保険者 住 所		〒123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号						
	昭和 平成 ・ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		電話		111 (222) 3333							
	所属事業所 及び部署名	株式会社 健康保険 組合部		電話		03 (1234) 5678						
	被扶養者の分娩 である場合は その者の氏名	健 保 花 子		被保険者と 分娩した者 の 続 柄	妻		分べんの日	令和	年	月	日	
	出生児の数 氏 名	単胎 ・ 多胎 (児)		※双子以上の場合も1枚の請求書で提出可		死産の場合妊娠経過期間		満 週				
	①資格喪失後、家族の被扶養者となったと 名・電話番号・記号・番号について											
	②被扶養者が出産した日の半年前に被保険 時の、保険者名・電話番号・記号・番号											
	※6ヶ月以内の取得・喪失の異動が ある人は、記入してください											
	全国健康保険協会 () 支 部 () 国 民 健 康 保 険 () 健 康 保 険 組 合 番 号											

※医師・助産師又は市区町村長どちらかの証明をとってください

(添付書類) ①医療機関から交付された「直接支払制度を利用していない」旨の文書の写し

②産科医療補償制度に加入している分娩機関等で出産した場合、領収書（請求書）の写し

③海外で出産の場合には同意書（別紙あり）、海外に渡航した事実が確認できる書類の写し（旅券、航空券など）

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	分娩年月日	令和 年 月 日	生産又は 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 週)		
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	備 考			
	上記のとおり相違ないことを証明する。			令和 年 月 日		
	医療施設名の名称・所在地 医師・助産師名			()		
	本 籍	令和 年	令和 年 月 日			
	出生届出日	令和 年	令和 年 月 日			
上記のとおり相違ないことを証明する。			令和 年 月 日			
市区町村長名						

委 任 状	私は、出産育児一時金の受領に関することを事業主に委任いたします。		令和〇〇年 〇月 〇日
	被保険者氏名	健 保 太 郎	

支 払 金 融 機 関	任意継続被保険者または、 資格喪失後の請求であるときは、 申請者本人の口座を 右欄に記入してください。	銀 行	本店	令和〇〇年〇月〇日提出
		信用金庫	支店	
		信用組合		
		支店番号	預金番号 (右欄に記入)	
名義人(フリガナ)		※海外赴任・任意継続者は ご記入ください。		印