

※支給決定伺		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	被保険者証の記号番号	記号 ○ ○ 番号 ○ ○ ○	被保険者資格取得日	平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 令和 ○ ○ 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 電話 111 (222) 3333		
	所属事業所及び部署名	株式会社 健康保険 組合理		電話 03 (1234) 5678		
	被扶養者の分岐である場合はその者の氏名	健保 花子	被保険者と分岐した者の続柄	妻	分べんの日	令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 〇 ○ 〇 3 0 3
	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			

※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	
	医療施設名の名称・所在地 医師・助産師名		令和 年 月 日 ( )	
	本籍	令和 年	令和 年 月 日	
市区町村長名		令和 年 月 日		

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 信用金庫	本店 支店
	※退職者・任意継続者以外は記入しないでください		

令和〇〇年〇月〇日提出  
受付日付印