

健康保険 出産育児一時金請求書

届出	令和 年 月 日	
被 保 険 者	被 保 険 者 等	
	記号	番 号
	氏名	
		生年月日
	昭和 年 月 日	平成 年 月 日
	所属事業所	
	Tel () - (内線 -)	
	〒 - Tel () -	
	現住所	

出 産 者	氏 名	続柄	生 年 月 日	出 産 年 月 日	生産または死産の別	生産の場合 出生数	死産の場合 死産数
	フリガナ		昭和 年 月 日 平成 年 月 日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在	人	人
出産した医療機関等	住所			直接支払制度の利用状況	<input type="checkbox"/> 制度を利用する <input type="checkbox"/> 制度を利用しない	出産費資金貸付の利用状況	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない
	病(医)院						

出産の証明は、令和 年 月 日に 出産(死産の時、妊娠経過期間 満 週)したことを証明します。 令和 年 月 日
市町村長 証明者 医 師 助産婦	住 所 氏 名 印

支 給 額	出 産 育 児 一 時 金							円
	家 族 出 産 育 児 一 時 金							円

※証明者が市町村長のとき以外は、証明印は不要です。

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------	--------------------------	--

健 保 組 合	伺			決 定 年 月 日	給付入力
	常務理事	事務長	担当	年 月 日	

(注意事項)

本請求書は、直接健康保険組合に提出してください。
なお、出生児を扶養する場合は「被扶養者異動届」を事業所に提出してください。

【添付書類】

- ・ 出産費用の領収書の写し(内訳を記した明細書を添付)
- ・ 医療機関から交付される出産育児一時金の申請・受取に係る代理契約に関する文書の写し
- ・ 本請求書「出産証明」欄に記載がない場合は、これに代わる証明書类等

受 付 印