

健保組合 使用欄	常務理事		事務長		担当者		受付月日		事業主側経由所属		
									長	長	担当者
支給 金額								＜家族出産の場合＞ 扶養認定 年月日 平 年 月 日 令			入力受付NO

被保険者
家 族

出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

令和 年 月 日

被保険者 番 号								被保険者氏名			
被保険者 住 所	〒 ー							被保険者 所 属			
分娩年月日	令和 年 月 日							分娩の状況	生 産 ・ 死 産 ・ 流 産		
								妊娠経過期間	ヵ月 週		
								「生産」の場合出生人数		人	
								「死産」の場合死産児数		人	
分 娩 者	氏 名							被保険者と 分娩者の関係	本 人 ・ 家 族		
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和									
出 生 児 (死産・流産・ 人工妊娠中絶 の場合は記載 不要です)	氏 名							被保険者と 出生児の続柄		扶養の 有無	ある ・ ない
	生年月日	令和 年 月 日								ない場合 のその 理由	
産院・病院 又は診療所 に収容された 時	名 称										
	所在地										

※生・死産 に関する 助産師、 医師または 市町村長の 証明	分娩に関する証明		職名 又は 住所 氏名	証明年月日 令和 年 月 日
	令和 年 月 日			(印)
	(妊娠 ヶ月 週)			
生産 ・ 死産 ・ 流産				
したことを証明する。				

(※出生証明書等分娩に関する証明を添付した場合は、上記証明欄は不要)

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考欄】