

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	医療機関							＜家族出産の場合＞ 扶養認定 年月日 平成 年 月 日			入力受付NO
		被保険者										

被保険者
家族

出産育児一時金内払金支払依頼書

令和 年 月 日

被保険者番号								被保険者氏名					
被保険者住所	〒								被保険者所属				
分娩年月日									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												
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										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				
	(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】

(令和6年12月)