

| | | | | | | | | |
|-------------|------|-----|-----|------|----------------------------------|---|-----|---------|
| 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 | | | 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 | 〒 - | | 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 | ヶ月 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 | | | |
| 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 | | | | | |

(※出生証明書等分娩に関する証明を添付した場合は、下記証明欄は不要)

| | | | |
|-------------------------------------------|----------------------------|----------------------|----------------|
| ※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。 | | (印) |

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)