

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					
	被保険者						
					<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
家族

出産育児一時金内払金支払依頼書

令和 8 年 3 月 3 日

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	関西 保子				
被保険者住所	〒 111 - 1111 〇〇県〇〇市△△町1-1		被保険者所属	〇〇株式会社 △△部			
分娩年月日	令和 8 年 2 月 10 日	分娩の状況	生産・死産・流産				
		妊娠経過期間	9 ヶ月 3 週				
		「生産」の場合出生人数	1 人				
		「死産」の場合死産児数	人				
分娩者	氏名	関西 保子		被保険者と分娩者の関係	本人・家族		
	生年月日	昭和 平成 10 年 11 月 10 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	関西 花子		被保険者と 出生児の続柄	子	扶養の有無	ある ない
	生年月日	令和 8 年 2 月 10 日				ない場合のその理由	配偶者が扶養
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。		

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)