

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					円
		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 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)