

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							円
<家族出産の場合> 扶養認定 昭平令 年 月 日 年月日 昭平令 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

被保険者証番		被保険者氏名			
被保険者証住所	〒	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		
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	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 助産婦、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		ヵ月	週)	生産・死産・流産したことを証明する。			

(※出産証明書等分娩に関する証明を添付した場合は不要)

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】