

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 年 月 日 年月日 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 元年 5 月 15 日

被保険者証番号	5 1 2 3 4 5 6	被保険者氏名	健 保 花 子					印	
被保険者証住所	〒 123 - 4567 〇〇県〇〇市△△町1-2		被保険者所属	〇〇(株) 〇〇支店 △△部					
分娩年月日	令和元年 5 月 1 日		分娩の状況	生 産 ・ 死 産 ・ 流 産					
			妊娠経過期間	9 カ月 週					
分娩者	氏 名	健 保 花 子	被保険者と分娩者の関係	本 人 ・ 家 族					
	生年月日	昭和55年 1 月 10 日							
出生児	氏 名	健 保 一 郎	被保険者と出生児の続柄	長男	扶養の有無	ある ない			
	生年月日	令和元年 5 月 1 日			ない場合のその理由	配偶者の被扶養者となるため			
産院・病院又は診療所に収容された時	名 称	〇〇大学附属病院							
	所在地	〇〇県〇〇市△△町1番1号							

※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 ヶ月 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】

(令和元年5月)