

健保組合 使用欄	常務理事	事務長	担当者	受付月日	事業主側經由所属			
					長	長	担当者	
支給金額	医療機関						入力受付NO	
	被保険者							
				円	<家族出産の場合> 扶養認定 昭平令 年月日 年 月 日			

〔
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

被保険者証 番 号		被保険者氏名	⑨		
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 ヶ月 週)		
	生産・死産・流産 したことを証明する。		
			⑨

(※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】
