

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 元年 5 月 15 日

被保険者証番	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。			
				印

(※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)