

健康保険  被保険者  家 族 出産育児一時金 請求書

受付印

<被保険者記入用> **1 枚目**

※ 印刷は、A4片面でお願いします。

3. この欄の記入方法は、二重線で抹消し、訂正印を押印してください。  
 2. この欄の太線枠内の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。  
 1. この欄の記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。  
 (修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)

① 提出日		令和 年 月 日		健康保険組合より問合せする場合の連絡先を記入してください。	
				連絡先	TEL <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯
② 被保険者証		記号	番号	③ 事業所名 (会社名)	
④ 被保険者名		(フリガナ)		⑤ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
⑥ 現住所		(〒 - )		電話 ( ) -	
⑦ 出産した者		⑦-1 退職後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
		上記「はい」の場合	退職年月日	令和 年 月 日	
			加入している健康保険	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険	
			上記名称		
		※1 「はい」の場合、現在加入の被保険者証のコピーを添付してください。 ※2 現在加入の健康保険で「出産育児一時金」を請求する場合、当組合での支給はできません。 (同一の出産で重複請求をすることはできません)			
⑦-2 家族の場合		出産した者の氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
		当組合加入後、6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
上記「はい」の場合	当組合加入前に加入した健康保険について	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険		健康保険証記号・番号	-
		左記名称			
※ 上記で加入していた健康保険へ請求する場合、当組合での支給はできません。 (同一の出産で重複請求をすることはできません)					
⑧ 出産年月日		令和 年 月 日		⑨ 生産児数	人 ⑩ 出生児の氏名
⑪ 被保険者が在籍の場合		この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。			
		委任欄		被保険者氏名	
被保険者が任意継続は退職(予定)の場合		振込先		銀行・農協 信金・信組	支店 出張所
		口座番号	口座名義	(フリガナ)	
				預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座

※下記は、いずれか一方で証明を受けてください。  
証明を受けられない場合、添付書類が必要です。「記入の手引き」をご覧ください。

2. 1. <医師・助産師による署名の場合の記入欄>

い  
ず  
れ  
も  
こ  
の  
欄  
の  
記  
入  
は  
、  
消  
す  
こ  
と  
の  
で  
き  
な  
い  
筆  
記  
用  
具  
を  
使  
用  
し  
て  
く  
だ  
さ  
い  
。  
(  
修  
正  
液  
・  
修  
正  
テ  
ー  
プ  
等  
の  
訂  
正  
は  
二  
重  
線  
で  
抹  
消  
し  
、  
訂  
正  
印  
を  
押  
印  
し  
て  
く  
だ  
さ  
い  
。)

④ 出産者氏名		⑤ 出産年月日	令和 年 月 日
⑥ 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)	⑦ 生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師・助産師氏名 電話番号			

<市区町村長による証明の場合（生産のみ）の記入欄>

⑧ 本籍			
⑨ 筆頭者氏名		⑩ 母の氏名	
⑪ 出生児氏名		⑫ 出生年月日	令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 市区町村長名 <span style="float: right;">⑬</span>			