

※ 支 払 給 支 給 額 支 給 内 訳	同 年 月 日	令和 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者台帳照合印
	支 払 年 月 日	令和 年 月 日						
	支 給 額							
決 議 書	法定	款 項 目	資 格	得 喪	年 月 日	療 養	得 喪	年 月 日
	付加				年 月 日		年 月 日	

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給請求書

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号(左詰め)		⑦ 生 年 月 日		被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日		
			昭平令 年 月 日				0:無 1:有			
	①被保険者の(申請者)氏名		(フリガナ) (氏) (名)		事業所の名称	所在地				
	被保険者の(申請者)住所		郵便番号	-	(フリガナ)	電話番号 住所				
	被扶養者が出産したための申請であるときは、その者の		氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生			
	出産した年月日		令和 年 月 日	出産児数	死産児数	死産のときはその旨	妊娠経過期間		カ月 週	
	④ 出生児の氏名		(フリガナ)		被保険者と出生児の続柄					
	法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)		円	調整減額コード	海外表示	特別支給コード	備考			
			※	0:国内 1:海外						
	被保険者の出産育児一時金申請であるときは、夫の被保険者証の									
記号番号		氏名		勤務先		保険者名				
		(昭・平・令 年 月 日生)								
確認欄		この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。								
<input type="checkbox"/>		①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。								

◎添付書類等については記入例に掲載してあります。必ずご覧ください。

出産した年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 カ月 週)
出生児の数	単胎・多胎(児)	備考	
上記のとおり相違ないことを証明する			
令和 年 月 日			
医療施設の名称・所在地			
医師・助産師名			
本籍	筆頭者氏名		
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	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する			
令和 年 月 日			
市区町村長名 ㊦			

支払区分	1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座利用	預金種別	振込銀行	銀行	本店 支店 出張所
口座番号		普通			
口座名義					
本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日					
被保険者(申請者)	住所 氏名	電話 ()			
代理人の氏名	フリガナ	委任者と代理人との関係			令和 年 月 日提出
代理人住所	〒 + フリガナ	電話 ()			
社会保険労務士の提出代行者名					受付印