

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被 保 険 者 等 の 記 号 ・ 番 号				③ 被 保 険 者 の 生 年 月 日				記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください																			
	①				②				昭 和		年		月		日													
	④ 被保険者の氏名		(フリガナ)						事業所の	⑤ 名 称																		
										⑥ 所在地																		
	⑦ 被保険者(請求者)の住所		郵便番号				(フリガナ)																					
							電話 ()																					
	被扶養者が出産したための請求であるときは、その方の		⑧ 氏 名												⑨ 生年月日		昭 和		年		月		日					
	⑩ 出産した年月日		令 和		年		月		日		⑪ 生産児数		⑫ 死産児数		⑬ 死産のときはその旨				⑭ 妊娠経過期間									
																			ヵ月 週									
	入院して出産したときは、その病産院の		⑮ 名 称												⑯ 所在地													
⑰ 出生児の氏名		(フリガナ)										⑱ 被 保 険 者 と 出生児の続柄																
⑲ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか				ある ・ ない				⑳ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由																				
(備考)																												

医 師 助 産 師 又 は 区 市 町 村 長 が 証 明 す る こ ろ	㉑ 出産した年月日				年 月 日				㉒ 生産又は死産の別				生 産 ・ 死 産 (妊娠 ヵ月 週)						
	㉓ 出生児の数				単 胎 ・ 多 胎 (児)				備 考										
	㉔ 上記のとおり相違ないことを証明する								医療施設の所在地										
	年 月 日								医療施設の名称										
									医師(助産師)の氏名										
									電話 ()										
㉕ 本 籍								㉖ 筆頭者氏名											
㉗ 出生届出日				年 月 日				㉘ 出生児氏名				㉙ 出生年月日				年 月 日			
上記のとおり相違ないことを証明する								区市町村長名											
年 月 日								電話 ()											

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

支 払 金 融 機 関 の 欄	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。																	
	③① 金融機関名称		銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()										本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所					
	③② 預金種別		1: 普通				2: 当座		3: 別段		4: 通知		③③ 口座番号					
	③④ 口座名義 カタカナで ご記入ください		※必ず被保険者(請求者)の名義であること															

【添付書類】

- ・「出産育児一時金の医療機関直接支払制度合意文書」(原本)
(直接支払制度利用しないことの医療機関との合意文書)
- ・「領収明細書」の写し

受付日付印