

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 と 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	②	1 2 3 4	昭和 平成	1	2	2															
	④ 被保険者の氏名		(フリガナ) スズキ イチコ				事業所の		⑤ 名称		フジパンストアー株式会社												
			鈴木 一子				⑥ 所在地		名古屋市瑞穂区松園町1-50														
	⑦ 被保険者(請求者)の住所		郵便番号				(フリガナ) ナガヤシキキョウミツノミチ1-21																
			467 - 0064				名古屋市瑞穂区弥富通1-21				電話 052 123 4567												
	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 平成 年 月 日										
	⑩ 出産した年月日		令和		1 5 2		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								
							1								10 カ月 週								
	入院して出産したときは、その病産院の				⑮ 名称				〇〇 病院				⑯ 所在地		名古屋市瑞穂区〇〇〇								
⑰ 出生児の氏名		(フリガナ) スズキ イチカ				⑱ 被保険者と出生児の続柄																	
		鈴木 一花																					
⑲ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか				ある <input checked="" type="radio"/> 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				夫の被扶養者となる為											
(備考)																							

②① 出産した年月日	1 年 5 月 2 日	②② 生産又は死産の別	生産 死産 (妊娠 10 ヲ月 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
 1 年 5 月 12 日
 証明日も必ず記入してもらってください。
 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

②⑦ 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。

<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	
支払金融機関の欄	③① 金融機関名称 <div> <div>〇〇</div> <div>銀行・金庫・信組</div> <div>農協 漁協</div> <div>その他:()</div> </div> <div> <div>〇〇</div> <div>本店・支店</div> <div>代理店・出張所・本店営業部</div> <div>本所・支所</div> </div>
	③① 預金種別 <div> <div>1: 普通</div> <div>2: 当座</div> <div>3: 別段</div> <div>4: 通知</div> </div> <div> ③② 口座番号 <div> <div>〇</div><div>〇</div><div>〇</div><div>〇</div><div>〇</div><div>〇</div><div>〇</div><div>〇</div> </div> </div>
	③③ 口座名義 カタカナで ご記入ください <div> <div>スズキ</div> <div>イチコ</div> </div>

【添付書類】

受付日付印

- ・「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

被扶養者の出産

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			②	1 2 3 4			昭和	1	5	5	日												
	④ 被保険者の氏名				(フリガナ) スズキ イチロウ				事業所の	⑤ 名称				フジパナストアー株式会社											
					鈴木 一郎					⑥ 所在地				名古屋市瑞穂区松園町 1 - 5 0											
	⑦ 被保険者(請求者)の住所				郵便番号				(フリガナ) フジパナストアー 1-21																
					467 - 0064				名古屋市瑞穂区弥富通1-21				電話 052 123 4567												
	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				鈴木 一子				⑨ 生年月日				昭和 平成 1 年 2 月 2 日								
	⑩ 出産した年月日				令和 1 年 5 月 2 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				
									1												10 ヲ月 週				
	入院して出産したときは、その産院の				⑮ 名称				〇〇 病院				⑯ 所在地				名古屋市瑞穂区〇〇〇								
⑰ 出生児の氏名				(フリガナ) スズキ イチカ								⑱ 被保険者と出生児の続柄				長女									
				鈴木 一花																					
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				1 年 5 月 2 日				㉒ 生産又は死産の別				生産 死産 (妊娠 10 ヲ月 週)			
	㉓ 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 医療施設の所在地															
	1 年 5 月 12 日 医療施設の名称															
	証明日も必ず記入してもらってください。 医療機関の証明															
医師(助産師)の氏名																
電話 ()																
本 籍																
㉔ 出生届出日																
年 月 日																
㉕ 出生児氏名																
年 月 日																
㉖ 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	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。																			
	⑳ 金融機関名称				〇〇				銀行 金庫 信組 農協 漁協 (その他) ()				〇〇				本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所			
	㉑ 預金種別				1: 普通 2: 当座 3: 別段 4: 通知				㉒ 口座番号				〇〇〇〇〇〇〇〇							
	㉓ 口座名義				※必ず被保険者(請求者)の名義であること															
				スズキ イチロウ																

【添付書類】

受付日付印

- ・「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