

被保険者の出産

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 請求書

被 保 險 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	1	2	3	4	昭和 平成	1	2	2	日		
	④	被保険者 の氏名	スズキ イチコ			事業 所の	⑤名稱	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)	ナゴヤシミズホケヤドモオリ1-21			電話	052 123 4567				
		467-0064			名古屋市瑞穂区弥富通1-21								
	が 扶 養 し た た め の 請 求 で あ る と き は、 そ の 方 の	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	年 1	月 5	日 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	1		10 カ月				
	⑯ 入院して出産した ときは、その病産院の 名称	⑯ 名称	OO 病院			⑯ 所在地	名古屋市瑞穂区OOO						
⑰ 出生児 の氏名	(フリガナ)	スズキ イチカ			⑰ 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	夫の被扶養者となる為									
(備考)													

①出産した年月日	1年5月2日	②生産又は死産の別	生産	死産(妊娠10カ月週)
③出生児の数	单胎	・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 証明も必ず記入してもらってください。 医師(助産師)の氏名 電話()				
本籍	筆頭者氏名			
④出生届出日	年月日	⑤出生児氏名	⑥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。

□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。												
支 払 金 融 機 関 の 欄	⑩ 金融機関 名称	OO	銀行	金庫	信組	農協	漁協	その他	OO	本店	支店	
	⑪ 預金種別	1:普通	2:当座	3:別段	4:通知	⑫ 口座番号	OO	代理店	出張所	本店営業部	本所	支所
	⑬ 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 スズキ イチコ										

【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

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 險 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 年 月 日	1	5	5					
	平成										
	④ 被保険者 の氏名	(フリガナ) スズキ イチロウ			事業 所の 名 称	フジパンストアー株式会社					
	鈴木 一朗			⑤ 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) ナゴヤシミズホウヤドモオリ1-21	名古屋市瑞穂区弥富通1-21			電話	052 123 4567		
	467-0064										
	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				
	出産した 年月日	令和 1	年 5	月 2	日 1	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		
	入院して出産した ときは、その病産院の 名稱	⑯ 所在地	○○ 病院			⑯ 所在地	名古屋市瑞穂区○○○				
⑰ 出生児 の氏名	(フリガナ) スズキ イチカ	鈴木 一花			⑯ 所在地	長女					
⑯ 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	ある	ない	⑯ 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)											

⑯ 出産した年月日	1年 5月 2日	⑯ 生産又は死産の別	生産	死産 (妊娠 10ヶ月 週)
⑯ 出生児の数	单胎	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 証明も必ず記入してもらってください。 医師(助産師)の氏名 電話 ()				
本籍	筆頭者氏名			
⑯ 出生届出日	年 月 日	⑯ 出生児氏名	⑯ 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。

<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) <small>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。</small>										
支 払 金 融 機 関 の 欄	⑯ 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)							
	⑯ 預金種別	1:普通	2:当座	3:別段	4:通知	⑯ 口座番号	○○○○○○○○○○			
⑯ 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 スズキ イチロウ									

【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