

2312
2316

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	被保険者証の	記号	番号	事業所名		
	被保険者の 氏名・生年月日			被保険者 住所	〒 -	
		(旧姓)				
		生年月日 昭・平 年 月 日				
	家族出産育児一時金請求の場合は、分娩した家族の氏名生年月日				組合記入欄 (記入しないでください)	
	氏名		旧姓	生年月日	S H R	年 月 日 取得
				昭・平 年 月 日	R	年 月 日 喪失
	出生児氏名		続柄	分娩年月日	S H R	年 月 日 認定
	(フリガナ)			令和 年 月 日		

※下記、医師又は助産師が証明するところ、又は市区町村長が証明するところについてはいずれか一方で証明を受けてください。

医 師 又 は 助 産 師 が 証 明 す る と ころ	分娩年月日	生産・死産の別	単胎・多胎妊娠の別
	令和 年 月 日	生産・死産(妊娠第 週又は第 日)	単胎・多胎( 児)
	上記のとおり相違ありません。		
	令和 年 月 日	医療機関等の所在地 医療機関等の名称 医師又は助産師の氏名 Tel ( ) -	

市 区 町 村 長 が 証 明 す る と ころ	本籍	筆頭者氏名	
	出生届の提出年月日	出生児氏名	出生年月日
	令和 年 月 日		令和 年 月 日
	上記のとおり相違ありません。		
	令和 年 月 日	市区町村長氏名	Ⓜ

振 込 先 口 座	金融機関名	店番号	口座預金種別	預金口座名義
	銀行 店		普通・貯蓄・当座	(カタカナで記入してください。)
	金庫 支店		預金口座番号	
	組合 出張所			

※被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は下記委任状に記入してください。自署の場合は押印不要です。

委 任 状	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		
	令和 年 月 日	被保険者(請求者)氏名	Ⓜ
	代理人住所 電話番号	代理人氏名	被保険者(請求者)との関係
	〒 -		
	Tel ( ) -		

【添付書類】

◎ 出産育児一時金直接支払制度を利用しない旨を合意した文書の写し(合意書) 受付印

◎ 出産費用明細書(領収書)の写し

(産科医療補償制度に加入する医療機関で出産した場合は産科医療補償制度加入医療機関証明スタンプ押印のあるものが必要です)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーによる申請をする場合は、右の備考欄に記載してください。

備考欄

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)