

同年月日	令和 年 月 日	理事長	常務理事	事務長	担当者
支払年月日	令和 年 月 日				
支払額	拾万 万 千 百 拾 円				
法定	拾万 万 千 百 拾 円	資格	得	年 月 日	
付加	拾万 万 千 百 拾 円		喪	年 月 日	

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金請求書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号		被保険者氏名		事業所名	
	—					
	被保険者の現住所	〒 TEL:				
	分娩年月日	令和 年 月 日	死産の時はその旨			
	入院して分娩したときはその病院・産院の	名称				
		所在地				
	家族が分娩した為の請求である時はその者の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	出産児の氏名		被保険者と出産児の続柄		出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある：ない
出生児が被保険者の被扶養者ではないときはその理由			備考			

*出生児の氏名について「死産・流産・人工妊娠中絶」の場合、記載は不要です。

医師・助産師または市区町村長が証明するところ	分娩年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別	生産：死産(妊娠 ヶ月 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 〒 TEL: 医師・助産師の氏名 印 *自署の場合は捺印省略も可			
	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 市区町村長氏名 印 TEL:			

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者住所 (請求者) 氏名	(自署)	
	代理人	事業所名	
		事業主(代理人)名	

振込口座を公金受取口座とする場合は本申請とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

【添付書類】

- 乳幼児助成の医療証(写)⇒市町村にて発行
- 産科医療制度加入の医療施設にて分娩の場合は分娩時の領収書(写)
- 直接支払い制度 合意確認書(同意書)の写 *国外出産の場合は不要