

| | | | | | | | | |
|----------|-----|------|------|----|----------|----------|----------|---|
| 支出 支給 | | | | | 決議書 | | 金額 | 円 |
| 常務理事 | 事務長 | 総務課長 | 課長補佐 | 係員 | 期間 | 年 月 日 日間 | 年 月 日 日間 | |
| | | | | | 備考 | | | |
| 年 月 日 決裁 | | | | | 年 月 日 執行 | | | |

健康保険 被保険者 家族 **出産育児一時金請求書**

◎「※」印欄は記入しないでください。

| | | | | | | | |
|--|-------|-----------------------|-------------------------------|-----------------|----------------|--------------|---------|
| 被保険者証の記号・番号 | | ④ 生 年 月 日 | | ⑤被扶養者 番号 | ⑥給付記録 番号 | ⑦受取代理人 | ⑧ 受付年月日 |
| ① | ② | ③ | 年 月 日 | * | * | ※ 0:無 1:有 | ※ 年 月 日 |
| ⑨被保険者の (請求者) 氏名 | | (フリガナ) | | 事業所 の | ⑦ 名 称 | | |
| ⑩被保険者の (請求者) 住 所 | | ⑩ 郵便番号 | (フリガナ) | ⑧ 所在地 | | (電話番号) | |
| 被扶養者が出産したための 請求であるときは、その方の | | ⑩ 氏 名 | ⑩ 生年月日 | 年 月 日生 | | | |
| ⑫ 出産した 年 月 日 | 年 月 日 | 生産児数 人 | 死産児数 人 | ⑭ 死産のとき はその旨 | ⑮ 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 | | ⑯ 名 称 | ⑯ 所在地 | | | | |
| ⑰ 被 保 険 者 と 出生児の続柄 | | | | | | | |
| ⑱ 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか | | ある ・ ない | ⑲ 出生児が被保険者の被扶養者 でないときはその理由 | | | | |
| ⑲ 法第3条第2項被保険者として 支給を受けた場合はその額 (調整減額) | | 円 * | ⑳ 調整減額コード | ㉑ 海外表示 | ㉒ 特別支給コード (備考) | | |
| ⑳ 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の | | ㉓ 保険者名・ 記号及び番 号 | | ㉔ 海外表示 | ㉕ 特別支給コード (備考) | | |
| ㉖ 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の | | ㉗ 保険者名・ 記号及び番 号 | | ㉘ 海外表示 | ㉙ 特別支給コード (備考) | | |

| | | | |
|-------------------------------|----------|-----------------|----------------------|
| ⑲ 出産した年月日 | 年 月 日 | ㉚ 生産または 死産の別 | 生産・死産(妊娠 ヵ月 週) |
| ㉛ 出生児の数 | 単胎・多胎(児) | 備考 | |
| ㉜ 上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 | | | |
| 医療施設の名称・所在地 〒 | | | |
| 医師・助産師名 | | | |
| ㉝ 本 籍 | | ㉞ 筆頭者氏名 | |
| ㉟ 出生届出日 | 年 月 日 | ㊱ 出生児氏名 | ㊲ 出生年月日 年 月 日 |
| ㊳ 上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 | | | |
| 区市町村長名 | | ㊴ | 電話(局) 番 |

| | | | | | | | | |
|------|-----------|-----------------------|-----------|---------|--------|------------------------|------------------|-----------------|
| 支払方法 | ⑳ 支 払 区 分 | ㉑ 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く) | ㉒ 金融機関コード | ㉓ 支店コード | ㉔ 預金種別 | ㉕ 1:普通 2:当座 3:貯蓄 | ㉖ 銀行 金庫 信組 | 本店 支店 出張所 |
| 口座振込 | | ㉗ 口座番号 (右づめで記入) | | | | | 口座名義 | (フリガナ) |

| | | |
|---------|--|---------------|
| 受取代理人の欄 | ㉘ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日 | |
| | 被保険者 住所 (請求者) 氏名 | |
| | ㉙ 代理人の 氏 名 | ㉚ 委任者と代理人との関係 |
| | 代理人の 住所 | ㉛ 郵便番号 |
| | ㉜ 住所コード | 送信 |

年 月 日 提出

受付日付印