

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
					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)	
⑪ 住所コード						()	
被扶養者が出産したための 請求であるときは、その方の		⑨ 氏 名	⑤ 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	④ 死産のとき はその旨	⑦ 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		⑩ 名 称	⑧ 所在地				
⑦ 被 保 険 者 と 出生児の続柄							
③ 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか		ある ・ ない	④ 出生児が被保険者の被扶養者 でないときはその理由				
⑬ 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 *	⑭ 調整減額コード	⑮ 海外表示	⑯ 特別支給コード (備考)		
			0. 国 内 1. 海 外				
② 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		保険者名・ 記号及び番 号		保険者名	記号番号		
③ 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							

⑬ 出産した年月日	年 月 日	⑭ 生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月 週)
⑮ 出生児の数	単胎・多胎(児)	備 考	
⑯ 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			
⑰ 本 籍		⑱ 筆頭者氏名	
⑲ 出生届出日	年 月 日	⑲ 出生児氏名	⑲ 出生年月日 年 月 日
⑳ 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		㉑ 電話(局) 番	

支払方法	⑲ 支 払 区 分	⑳ 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)	㉑ 金融機関コード	㉒ 支店コード	㉓ 預金種別	⑳ 1:普通 2:当座 3:貯蓄	㉔ 銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所
口座振込		㉕ ※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	⑲ 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	
	㉖ 代理人の 氏 名	㉗ 委任者と代理人との関係
	代理人の 住所	㉘ 郵便番号
	㉙ 住所コード	送信

年 月 日 提出
受付日付印