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 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。

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・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	㋐名称
			㋑所在地
⑩被保険者の(請求者)住所	⑩郵便番号　－	(フリガナ)	(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	㋒氏名		㋓生年月日	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	㋔死産のときはその旨	㋕妊娠経過期間　カ月　週
入院して出産したときは、その病産院の	㋖名称		㋗所在地		
㋘被保険者と出生児の続柄					
㋙出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある　・　ない	㋚出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由			
⑮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	＊ ⑯調整減額コード	⑰海外表示 0.国内 1.海外	⑱特別支給コード	(備考)
㋛資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の ㋜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	保険者名・記号及び番号		保険者名	記号番号	

医師・助産師または区市町村長が証明するところ

㋝出産した年月日	年　月　日	㋞生産または死産の別	生産・死産(妊娠　カ月　週)
㋟出生児の数	単胎・多胎(　　児)	備考	

㋠ 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　　電話(　　局)　　番

㋡本籍		㋢筆頭者氏名	
㋣出生届出日	年　月　日	㋤出生児氏名	㋥出生年月日　年　月　日

㋦ 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　　㊞　　電話(　　局)　　番

支払方法	支払金融機関の欄	⑲支払区分	金融機関(ゆうちょ銀行を含む)	⑳金融機関コード	支店コード	㉑預金種別	㋧	
口座振込				㉒※口座番号(右づめで記入)		1:普通 2:当座 3:貯蓄	口座名義	(フリガナ)

銀行　金庫　信組　本店　支店　出張所

受取代理人の欄			
㋨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(請求者)　住所 氏名			
㉓代理人の氏名	(フリガナ)	㋩委任者と代理人との関係	
代理人の住所	㉔郵便番号　－		送信
	㉕住所コード ※		

年　月　日提出

受付日付印