

女性被保険者・被扶養者である家族の妊娠4カ月(85日)以上の
 出産について1児につき一律500,000円が支給されます。
 (産科医療補償制度未加入医療機関で出産のときは488,000円が支給)

いずれか〇で囲む→被保険者

出産育児一時金請求書

※「印欄」は記入しなくて大丈夫。

健康保険		被保険者		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	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
※		1	2	3	4	5	2	0	2
									3
									0
									2
									2
									1
⑨被保険者の (請求者) 氏 名		(フリガナ) ケンボ タロウ				⑦名 称	〇〇〇〇〇〇会社		
		健保 太郎				⑧所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇		
⑩被保険者の (請求者) 住 所		⑩ 郵便番号	1	2	3	4	5	6	7
		⑪ 住所コード							
		自宅の住所を記入				(電話番号)			
						(03) 〇〇〇〇-〇〇〇〇			
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	健保 綾子			⑪ 生年月日	20XX年 4月 1日生		
⑫ 出産した 年 月 日	年	月	日	生産児数	死産児数	⑫ 死産のとき はその旨	⑬ 妊娠 経過期間	カ月	週
	2023	0	8	0	1				
入院して出産しときは、 その産院の		⑭ 名 称	病院名		⑮ 所在地	病院の住所			
⑯ 被 保 険 者 と 出生児の続柄		長男							
⑰ 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか		ある			⑱ 出生児が被保険者の被扶養者 でないときはその理由	㊦で「ない」に〇した方のみ記入			
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	* 〇			⑳ 調整減額コード	㉑ 海外表示	㉒ 特別支給コード (備考)	
					㉓ 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	0. 国 内			
					㉔ 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	1. 海 外			
					保険者名・ 記号及び番号	保険者名	記号番号		

⑲ 出産した年月日	年 月 日	⑳ 生産または 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠)	カ月	週
㉑ 出生児の数	単胎・多胎(児)	備 考			
㉒ 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 (3831局) 〇〇〇〇 番		
㉓ 本 籍	〇〇県〇〇区〇〇12-34		㉔ 筆頭者氏名	健保太郎	
㉕ 出生届出日	20XX年 8月 3日	㉖ 出生児氏名	健保二郎	㉗ 出生年月日	20XX年 8月 1日
㉘ 上記のとおり相違ないことを証明する。 20XX年 8月 3日					
区市町村長名			〇〇区役所	電話 (局)	番

支払方法	⑲ 支 払 区 分	⑳ 金融機関コード	支店コード	㉑ 預 金 種 別	⑲ 銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所
口座振込	金融機関	㉒ ※口座番号 (右づめで記入)		1: 普 通 貯蓄 2: 当 座 3: 貯 蓄	(フリガナ)	
				口座名義		

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	
	⑳ 代理人の 氏 名	㉑ 委任者と代理人との関係
	代理人の 住所	㉒ 郵便番号
	㉓ 住所コード	㉔ (フリガナ)
	※	送 信

年 月 日 提出

受付日付印