

<記入例> **健康保険被保険者 出産育児一時金請求書**
本人が出産

健康保険証の名前の上に記載されている記号・番号をご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所	・T-e-G ・ルビカ ・その他 ()		
		3 0	1 2 3 4 5	所属	○ ○ ○ 部・課 支店		
	被保険者 (請求者)の氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ		生年月日	社員番号		
		健保花子		昭和 平成	2年1月1日	98A98	
	被保険者 (請求者) の住所	〒 103 - 0027		TEL	XXX (XXXX) XXXX		
		東京都中央区日本橋〇-〇-〇		印もれ注意			
	分べんした年月日	令和 3年 5月 10日	死産のとき は、その旨		妊 娠 経過期間	ヶ月 週	
	入院して 分べんした ときは、そ の病産院の	名 称	〇△□産婦人科		自費で入院しまし たか、健康保険で 入院しましたか	自費 健保 その他	
		所在地	東京都千代田区〇-〇-〇				
	資格喪失後、6ヶ月以内の申請ですか	はい・いいえ → 「はい」の場合、現在加入している健保の「不支給証明書」を添付してください					
	被扶養者が分べんしたための 請求であるときはその者の	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日		
	出生時児の 氏名	健保 小み		被保険者と出生児 の続柄	長女		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ないときはその理由	夫の被扶養者になるため					
	委 任 状			令和 3年 6月 2日			
	給付金の受領を事業主に委任します						
	被保険者氏名(自署)	健 保 花 子					
	退職者・任意継続被保険者の方は記入不要						

医 証 明 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長	分べんした年月日	令和 年 月 日	生産又は 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月) 週			
	分べんに関し健康保険 で入院の有無	有 ・ 無	健康保険で給付され る入院の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
	出生児の数	単児 ・ 多児 (児)	備考				
	上記の通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						
	医師・助産師名						
	市区町村長名						

退職者・任意継続被保険者の方は振込先を下記にご記入ください



受 付 印

銀行コード		支店コード	
銀行名	銀行		支店
普通預金口座番号			
口座名義 (請求者と同一)	フリガナ		
	氏名		

※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。(修正テープ、修正液使用不可)

- <必要添付書類>
- ① 医療機関等から交付される直接払いに係る「代理契約」に関する文書の写し
 - ② 退院時に精算した出産費用の「領収書・明細書」の写し
 - ③ 被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産である場合は現在加入健保の「出産育児一時金不支給証明書」