

<記入例>

家族が出産

健康保険被保険者家族 出産育児一時金請求書

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 こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所	G・H・I・J・K・L・M・N・O・P・Q・R・S・T・U・V・W・X・Y・Z・その他()						
		1	0	1	1	1	1	1	所属	○ ○ ○	部・課 支 店
	被保険者 (請求者)の氏名	(フリガナ) ケンポ太郎			生年月日			社員番号			
		健保太郎			昭和 平成	3年10月10日		99999			
	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									
	分べんした年月日	令和 3年 5月 14日	死産のとき は、その旨		妊 娠	ヶ月					
					経過期間	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	健保花子		生年月日	昭和 平成	5年1月1日					
出生時児の 氏名	健保麻衣		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											
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)		健保太郎									
退職者・任意継続被保険者の方は記入不要											

が医 証 明 ・ 助 産 師 と 又 ろ 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被扶養者が前職での被保険者期間が1年以上あり、資格喪失後6ヶ月以内の出産である場合は、以前加入されていた健保の「出産育児一時金不支給証明書」