

**(被保険者・家族) 出産育児一時金支給決定伺**

資格	取得	昭・平・令	年	月	日	常務理事	事務長	担当者
	喪失	令和	年	月	日			
法定給付支給額	出産育児一時金					円		
	家族出産育児一時金							

**健康保険(被保険者・家族) 出産育児一時金請求書**

事業所名

(被保険者が記入するところ)

① 被保険者証の記号・番号	一	② 被保険者の氏名・印	フリガナ	印
③ 被保険者の現住所	〒			
④ 分娩年月日	令和	年	月	日
⑤ 死産のときはその旨				
⑥ 分娩した場所	医療機関等の名称			
	医療機関等の所在地			
⑦ 家族(配偶者)が分娩した場合の家族の氏名・生年月日			昭和 平成	年 月 日生
⑧ 出生児の氏名	フリガナ	被保険者と出生児の続柄	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	被扶養者で ・ある ・ない
⑨ 他制度(健保)から給付を受けているかどうか	受けている・受けていない			
当健保組合の資格を喪失後家族(配偶者)の被扶養者となったときはその組合の名称等	健保組合名	記号・番号		
		電話番号		
家族(配偶者)が分娩前6カ月以内に、被保険者として他の健保組合に加入していた場合は、その健保組合の名称等	健保組合名	記号・番号		
		電話番号		
	加入期間	年 月	～	年 月
出産育児一時金振込希望支店名		本・支店	普通預金口座番号	

(医師・助産婦または市町村長が記入するところ)

分娩年月日	令和	年	月	日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 月)
出生児の数	単胎・多胎( 児 )					
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
医師 住所						印
助産婦の						
市町村長 氏名						

◎ 記入上の注意

1. 出生児が複数であるときは、それぞれの氏名を⑧に、また女子被保険者の請求であるとき⑦には「該当せず」と記入してください。
2. 記入事項を訂正したときは、訂正印を押してください。