

被保険者 出産育児一時金  
家 族 出産育児一時金

# 請求書

被 保 険 者 記 入 欄	請求年月日	令和 年 月 日	事業所(会社)の名称			
	被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(フリガナ)	
	連絡先住所・電話番号	(〒 - ) (TEL : )				
	出産した者の氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	被保険者との続柄	
	分娩年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在		
	同一の出産についての給付	他の健保から給付を <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない				
委任状	給付金の振込について：健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与に含めて振込まれます。給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。					
	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名					

医 師 ・ 助 産 師 ・ 市 区 村 長 い ず れ か の 証 明 欄	分娩年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週 日)		
	出生児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)		出産者氏名		
	上記のとおり相違ありません。			令和 年 月 日		
	医療機関等の名称 医師・助産師の氏名 電話番号					
	住所				世帯主氏名	
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名		出生年月日	令和 年 月 日
上記のとおり相違ありません。			令和 年 月 日			
市区村長名 電話番号						

K003

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。  
 二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印
-------