

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	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						
	受取方法	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の振込先指定口座欄にご記入ください。) <b>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します</b>						
振込先 指定口座	金融機関名称	銀行		支店(出張所)				
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号				
	口座名義							

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 退

※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