

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

社会保険委員
の点検済印

被保険者証の記号・番号												④ 生 年 月 日			⑤ 被扶養者番号		⑥ 給付記録番号		⑦ 受取代理人 * 0:無 1:有		送信		⑧ 受付年月日		
① ② ③												1:明 3:大 5:昭 7:平	*		*		*		*				* 年 月 日		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印 フリガナ							事業所の ⑦ 名称		⑧ 所在地															
	被保険者(請求者)の住所							⑩ 郵便番号		+		フリガナ (電話番号)													
	⑪ 住所コード							*		()															
	被扶養者が出産した ための請求である ときは、その方の ⑫ 氏名							⑬ 生年月日		昭和 平成 年 月 日 日生															
	⑭ 出産した 年 月 日			平成 年 月 日			⑮ 生産児数		⑯ 死産児数		⑰ 死産の ときはその旨			⑱ 妊娠 経過期間											
	入院して出産した ときは、その病産院の			⑲ 名称		⑳ 所在地																			
	㉑ 出生児の 氏 名							㉒ 被保険者と 出生児の続柄																	
	㉓ 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか			ある・ない			㉔ 出生児が被保険者の 被扶養者でないときはその理由																		
	㉕ 法第3条第2項被保険者 として支給を受けた 場合はその額 (調整減額)			円 *		㉖ 調整減額 コード		㉗ 海 外 表 示		㉘ 特別支給 コード		(備考)													
	㉙ 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の			被保険者名・		被保険者名		記号番号																	
㉚ 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の			記号及び番号																						
医 師 助 産 師 ま た は 区 市 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	㉛ 出産した 年 月 日			平成 年 月 日			㉜ 生産または 死産の別		生産・死産(妊娠 週)																
	㉝ 出生児の数			単胎・多胎(児)			備 考																		
	㉞ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日																								
	医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 ☎ 電話 (局) 番																								
	㉟ 本 籍		㊱ 筆頭者氏名																						
㊲ 出生届出日			平成 年 月 日			㊳ 出生児氏名		㊴ 出生年月日		平成 年 月 日															
㊵ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 区市町村長名 ☎ 電話 (局) 番																									
支 払 金 融 機 関 の 欄	㊶ 支払区分		* 1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払			㊷ 預金種別		1:普通 2:当座 3:通知 4:別段		㊸ 銀行 金庫 農協 本店 支店															
	㊹ 金融機関 コード		*						口座名義																
	㊺ 口座番号								郵便局																
受 取 代 理 人 の 欄	㊻ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日 提出 平成 年 月 日提出																								
	被保険者(請求者) 住所 氏名							㊼ 委任者と代理人との関係 ⑳																	
	㊽ 代理人の 氏名と印							フリガナ																	
代理人 の住所		㊾ 郵便番号		+		フリガナ																			
		㊿ 住所コード		*																					
送信																									
社会保険労務士 の提出代行者印							㊱																		

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
 ◎ 「※」印欄は記入しないでください。

(記入上の注意)

1. 標題の「被保険者」と「家族」の別および④の年号、①、②および③の欄は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
2. ①、②および③は、健康保険の被保険者証に記載されています。
3. 生産または早産の場合は、④に、入院しないで出産した場合は、⑤と⑦の欄に、女子被保険者が出産したための請求である場合は、②および③欄にそれぞれ「該当せず」と記入してください。
4. ⑨の被保険者の印は、被保険者が自ら署名する場合には不要です。ただし、⑥ (または⑧)、①および③の欄の印は、はっきりと押印してください。また、訂正箇所には各記入者と同じ印を押してください。
5. ②欄の「死産」の文字がマルで囲まれている場合は、妊娠何ヵ月目の死産であるかを、かっこ内に書きいれてもらってください。
6. 医師・助産師または区市町村長が証明するところ (⑥または⑧の欄) は、どちらか一方で証明を受けてください。
7. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
8. 給付金の受領を他人に委任する場合は、受取代理人の欄に必要な事項を記入し、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。
9. ※印の欄は記入しないでください。