

**被保険者
健康保険
家族**

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の 記号・番号	—	被保険者氏名	フリガナ (フリガナ)			
	被保険者の 住所及び連絡先	〒 —			日中の連絡先		
	出産した者	□ 被保険者 □ 被扶養者					
	出産した者が被扶養者の場合 はその被扶養者の氏名・ 生年月日・続柄	被扶養者の氏名 (フリガナ)			被扶養者の生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		続柄
		出産年月日 年 月 日	生産または死産の別 □ 生産 □ 死産・流産	産児の数 人	死産・流産の場合は妊娠からの週数及び日数 妊娠から 週 日		
		出生児の氏名	出産した医療機関等の名称及び所在地 名称 所在地 〒				
		質問事項	①出産した者は「被保険者」で当組合の資格喪失後6か月以内の出産ですか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ②出産した者は「被扶養者」で当組合の扶養認定後6か月以内の出産ですか				
		上記質問事項で「はい」の場合は該当の保険者名等を記入	①の「はい」に該当の場合は現在加入の保険者名及び記号番号 ②の「はい」に該当の場合は従前加入の保険者名及び記号番号			保険者名	記号番号
		振込希望の金融機関名 ※被保険者又は受取代理人の口座を記入	銀行・信組 信金・労金 農協・漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 ()	預金種別 普通 当座 別段 通知 口座番号		
		受取代理人の欄 ※本申請の受領を代理人に委任する場合に記入	被保険者 代理人事項	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 氏名 生年月日 年 月 日 氏名 被保険者との関係 住所 〒 — 日中の連絡先			
医師・助産師又は市区町村長の証明欄	医師・助産師	出産年月日 年 月 日	生産または死産の別 □ 生産 □ 死産・流産	産児の数 人	死産・流産の場合は妊娠からの週数及び日数 妊娠から 週 日		
市区町村長記入欄	市区町村長	上記のとおり相違ないことを証明します。 医療施設の名称・所在地 医師又は助産師名		記入年月日 年 月 日		名称 所在地 〒 —	
備考	出生児氏名	出生年月日		出生届出日			
	本籍	年 月 日		年 月 日			
	上記のとおり相違ないことを証明します。		記入年月日		年 月 日		
	市区町村長名		連絡先				