

被保険者
家族

出産育児一時金請求書

(直接支払制度を利用しなかった場合の請求書)

請求者の記入欄	被保険者の記号・番号	—		事業所の名称		
	出産年月日	() 年 月 日	生産児数	死産児数	死産のときはその旨	週
	家族が出産したときは、その氏名			家族の生年月日	() 年 月 日	
	フリガナ 出産児の氏名 ※注4			被保険者との続柄 ※注4		
	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			保険者名、 記号及び番号	保険者名 記号及び番号	
医師・助産師等の証明	出産した年月日	() 年 月 日	午前 午後	時 分	生産・死産の別	* 生 ・ 死 (妊娠第 週)
	性別	* 男 女				
	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します。 () 年 月 日 職名及び住所・氏名 ㊟					

請求者	() 年 月 日
	住所 〒 — フリガナ _____ 氏名 _____

給付金受取先	下記指定の口座に振り込み願います。					
	ゆうちょ銀行 フリガナ	記号	番号	銀行 金庫・農協	本店 普通 支店 当座	口座番号

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

備考

（マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
また、番号が他の人に見えないように封筒に入れて提出してください。）

(注意事項)

- *欄は該当の文字を○で囲んでください。
- 訂正箇所は二重線で抹消し、正しい記載と訂正者の押印をお願いします。
- 原則給与口座に振り込みますので、給付金受取先の記入は不要です。
- 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。

(添付書類)

- 医療機関から交付される代理契約に関する書類(合意文書)の写し
- 出産費用の領収・明細書の写し

請求者は原則として被保険者本人となります。

健保受付印