

保険証の記号・番号を記入してください

被保険者
家族

出産育児一時金請求書

記入例

(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	1 - 321456		事業所の名称	河合楽器製作所	
	出産年月日	(令和) 1 年 5 月 20 日		生産児数	死産児数	死産のときはその旨
	家族が出産したときは、その氏名	健 保 明 子		家族の生年月日	(平成) 3 年 10 月 10 日	
	フリガナ	ケンポ ハナコ		被保険者との続柄	長 女	
	出産児の氏名	健 保 花 子				
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				
	出生児の数	* 単胎				
	上記のとおり相違ない					
				医師または助産師の記入欄		
				職名及び住所・氏名		

請求者	(令和) 1 年 6 月 10 日
	住 所 〒 430 - 1513 浜松市中央区浅田町 1234
	フリガナ ケンポ シロウ 氏 名 健保 四郎
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 記号 番号 フリガナ 銀行 本店 普通 金庫・農協 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い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。

(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。

添付書類が
必要です

受付印