

健康保険 出産育児一時金・家族出産育児一時金 支給申請書

添付書類が必要です
(裏面をご覧ください)

請求者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		(記号)	(番号)	事業所名			
	被保険者(申請者)の氏名・印住所	氏名	(フリガナ)		住所	郵便番号		
						TEL() -		
	被扶養者が出産のときその氏名・生年月日		氏名		生年月日	平成 昭和	年 月 日	
	出産した年月日	平成 年 月 日		生産児数 人	死産児数 人	他の制度から 出産育児一時金 を受けたかどうか		
	出生児の氏名		(フリガナ)				ア. 受けた イ. 受けていない ウ. 請求中	
	被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月以内に 出産の場合は、以前加入していた被保険者証の記号・番号及び保険者名			(記号)	(番号)			
	資格喪失後の出産の場合は、新たに加入した被保険者証の記号・番号及び保険者名			(全国健康保険協会支部名・健康保険組合名)				
	給付金の受領方法	受取代理人	* 代理人に委任する方は記入してください 【被保険者(申請者)印は 欄に押した印に限ります】 この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ (印) に委任します。 平成 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 _____ (印)					
			振込希望金融機関					
【被保険者(申請者)又は委任代理人の口座に限ります】 フリガナ() () 銀行 _____ 店番 _____ 信用金庫 _____ 支店 _____ 口座番号 _____ フリガナ () 口座名義人氏名 _____								

▶ いずれか一方で差し支えありません
医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

出産した年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠第 週 又は第 ヵ月)	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する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 _____ (印) TEL() -					
本 籍			筆頭者氏名		
出生届出日		出生児氏名		出生年月日	
平成 年 月 日				平成 年 月 日	
うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 市区町村長名 _____ (印)					

受付年月日