

健康保険 **被保険者** 家族 出産育児一時金請求書

○ 記入にあたっては裏面の記入上の注意をよく読んで下さい。

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	(8) 受付年月日
(1) ※	(2) 0 0 0	(3) 0 0 0 0 0 0	3: 大 5: 昭 7: 平	年 月 日	※	※	※
(9) 被保険者 (請求者) の氏名と印			(フリガナ) ケンボ アイコ 健保 愛子	(ア) 名称	〇〇〇〇株式会社		
(11) 被保険者 (請求者) の住所			(10) 郵便番号	(イ) 所在地	〇〇県〇〇市〇〇町 1		
			0 0 0 0 0 0	(フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ	電 話		
			(11) 住所コード	〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 1			(000) 000-0000
家族が分べんしたための請求であるときは、その者の			(ウ) 氏名	(エ) 生 年 月 日	昭和 年 月 日生		
(12) 分べんした年月日	平成 年 月 日	(13) 出生児数	1 人	(14) 死産児数	(オ) 死産のときはその旨	(カ) 妊娠経過期間	ヶ月 週
入院して分べんしたときは、その病産院の			(キ) 名称	(ク) 所在地	〇〇県〇〇市〇〇町 2		
(15) 出生児の氏名			(フリガナ) ケンボ イチロウ 健保 一郎	(ケ) 被保険者と出生児の続柄	長男		
(16) 法第 69 条の 7 被保険者として支給を受けた場合はその額 (調整減額)			円	(17) 調整減額コード	(18) 海外表示	(19) 特別支給コード	(シ) 備考
			※	0: 国内 1: 国外			
(コ) 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			(サ) 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の				
保険者名・記号及び番号							

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

年 月 日 平成 年 月 日 死産の別 週

出生児の数 単胎・多胎

こちらの欄も記入が必要です。

うえのとおり相違ないことを証明する。

医療施設名称・所在地

医師・助産師名

本 尚、証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類 (戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳(原本提示)、住民票など) を添付してください。

出生届提出日 平成 年 月 日

市区町村長名

支払金融機関の欄

(20) 支払区分

※ 1: 振込
2: 銀行送金
3: 郵便局送金
4: 当地

(22) 預金種別

1: 普通
2: 当座
3: 定期
4: 別段

銀行 本店
金庫 支店
金庫 支店
農協 支店

(21) 金融機関コード

※

(23) 口座番号

口座名義人

こちらの欄は記入不要です。

受取代理人の欄

本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

平成 年 月 日

被保険者 住所
(請求者) 氏 名

(24) 代理人の氏名と印

(フリガナ)

代理人の住所

(25) 郵便番号

(26) 住所コード

平成〇〇年〇〇月〇〇日提出

受 付 日 付 印

(裏面)

[記 入 上 の 注 意]

1. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んで下さい。
2. 医師・助産師から分べんの証明を受けた場合には、(キ)(ク)の欄は、記入する必要はありません。
3. (4)、(22)の欄は、該当する番号をマルで囲んで下さい。
4. 給付金の受領方を他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入して下さい。
5. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
6. 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押しその上に正しい字句を記入して下さい。
7. ※印の欄は、記入しないで下さい。
8. 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。ただし、受取代理人がいる場合には、委任者及び受取代理人の押印が必要です。
9. 被保険者以外の方の押印は、省略することができません。
10. 医師・助産師又は市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類（戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳(原本提示)、住民票など)を添付してください。
11. 産科医療補償制度加入分娩機関にて出産した場合はその証明として、添付する領収書（分娩機関が発行）に下記のスタンプ押印が必要です。

