

同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	会	計	扱	者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	平成	年	月	日							
支払額		拾万	万	千	百	拾	円				
支給決定の額											
法定 出産 育児 附加 出産 育児											
出産の	日	平成	年	月	日						

(記入上の注意事項)

1. 標題の「被保険者」と「家族」の別および④の年号、⑤、⑥および⑦の欄は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
 2. ①、②および③は、健康保険の被保険者証に記載されています。
 3. ④に、入院しないで出産した場合は、⑤との欄に、女子被保険者が出産したための請求である場合は、⑥および⑦の欄に「該当せず」と記入してください。
 4. および⑧の欄の印は、はつきりと押印してください。また、訂正箇所には各記入者と同一印を押してください。
 5. ⑩欄の「死産」の文字がマルで囲まれている場合は、妊娠何ヶ月日の死産であるかを、かっこ内に書き入れてもらってください。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・附加金請求書 平成 年 月 日請求

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	③	1: 明大昭平 3: 5: 7:	*	*		※ 0: 無 1: 有		※	年 月 日
被保険者(請求者)の氏名と印	フリガナ	事業所の	⑦ 名称	④ 所在地						
被保険者(請求者)の住所	⑩ 郵便番号	フリガナ		(電話番号)						
被扶養者が出産したための請求であるときは、その方の	② 氏名	④ 生年月日	昭和 平成	年 月 日生						
⑪ 出産した年月日	平成	年 月 日	⑫ 生産児数	⑬ 死産児数	⑭ 死産のときはその旨		⑮ 妊娠経過期間	ヵ月 週		
入院して出産したときは、その病産院の	① 名称	② 所在地								
⑭ 出生児の氏名	フリガナ	⑦ 被保険者と出生児の続柄								
⑯ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	⑰ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由								
⑱ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)		円	⑲ 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	⑳ 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・記号番号	記号番号				
(備考)										

① 出産した年月日	平成	年 月 日	② 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月 週)
③ 出生児の数	単胎・多胎(児)	備考		
④ 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 電話(局) 番				
⑤ 本籍		⑥ 筆頭者氏名		
⑦ 出生届出日	平成	年 月 日	⑧ 出生児氏名	⑨ 出生年月日 平成 年 月 日
⑩ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日				
区市町村長名 電話(局) 番				

⑪ 支払区分	※ 1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	⑫ 預金種別	※ 1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	銀行 金庫 農協	本店 支店
⑬ 金融機関コード				口座名義	
⑭ 口座番号					郵便局

⑮ 私は	を代理人と定め、平成 年 月 日に請求した出産育児一時金及び同附加金、金	円也の受領方を委任します。	平成 年 月 日
被保険者(請求者)の住所	氏名		⑯
⑰ 代理人の氏名と印	フリガナ		⑱ 委任者と代理人との関係
代理人の住所	⑲ 郵便番号	フリガナ	

事業所印

領収書 金 円也領収いたしました。平成 年 月 日
健康保険組合理事長殿 氏名

※ 受付日付印