

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 請求書

【 医療機関等への直接支払制度及び受取代理制度を利用しないときの請求書 】

請求者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	—		被保険者の氏名			
	被保険者の現住所	〒			生年月日	昭和・平成	年 月 日
	事業所の名称	TEL ()					
	被扶養者が出産したときその氏名・生年月日	氏名			生年月日	昭和・平成	年 月 日
出産年月日	令和 年 月 日			生産児数	人	死産児数	人
	出生児の氏名	フリガナ		他の医療保険制度から出産育児一時金の給付を受けていますか		いる・いない	
この欄	資格喪失後、家族の被扶養者となつたときは、その被保険者証の ⇒			保 険 者 名		記号・番号	
	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 ⇒			健康保険組合・共済組合 協会けんぽ 国民健康保険（組合）		▪	
代理人記入欄	振込先銀行		銀行名	支店名	フリガナ		
			当・普・貯	口座番号	口座名義		
代理人に委任するとき	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。				代理人の氏名		被保険者との関係
	令和 年 月 日				フリガナ		
	被保険者住所氏名				代理人の住所・電話番号		
	※印は請求印と同一であること。				〒 TEL ()		
医療機関等の証明欄	出産年月日	令和 年 月 日		生産又は死産の別	生産（妊娠第 週）		
	出生児の数	単胎・多胎（ 児）			死産（妊娠第 週）		
	上記のとおり相違ないことを証明する。						
	令和 年 月 日 医療機関等 名称・所在地 医師・助産師名				TEL ()		
市区町村長の証明欄	本籍				筆頭者氏名		
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名			出生年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 (印)						

医師又は助産師、または市区町村長に証明を受けるところ（どちらかの証明を受けるか、裏面の証明書類を添えて下さい）

- ※ 添付書類については、裏面をご覧ください。
- ※ 振込銀行欄は被保険者又は代理人の口座を記入し、口座名義にはフリガナをつけて下さい。
- ※ 受取を代理人に委任する場合（医療機関等以外）は、受取代理人の欄に記入して下さい。