

## (被保険者・家族) 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号-番号	—	被保険者 の氏名						
	会社名								
	出産した者の氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄	
	分娩年月日	令和	年	月	日	生産・死産 の別	生産・死産 (妊娠 週)		
	家族が被扶養者として認定されてから6か月以内に出産した場合は、以下についても記入下さい。								
	認定前に加入してい た健保等の名称		被保険者証 の記号-番号	—					
	上記保険者より 出産育児一時金を	1. 受給する (予定)      2. 受給しない							
	上記の通り申請し、給付金の受領を事業主に委任します。								
	令和      年      月      日								
	被保険者の郵便番号      —								
被保険者の住所									
被保険者の氏名									

医 師 等 証 明 欄	出産者氏名		分娩年月日	令和	年	月	日	
	出生児の数	単胎・多胎 (      児)	生産・死産 の別	生産・死産 (妊娠 週)				
	上記の通り相違ないことを証明する。							
	令和      年      月      日							
住所								
医療機関の名称								
氏名								

※「産科医療補償制度 加入スタンプ印」を受けた「領収・明細書」のコピーと「医療機関から交付される合意文書」のコピーを添付してください。

※退職後に請求する場合は記入 (本人名義に限る)

振 込 先	銀行名		支店名	
	口座種別	普通・当座	口座番号	