（□被保険者・□家族）出産育児一時金請求書

被保険者記入欄	被保険者等 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	□ 受給する（予定）　　□ 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	