

※支給決定決議書	同年月日	年 月 日	常務理事	【記入例】 被扶養者（妻）の出産で請求する場合 ※直接支払制度を利用されている方は請求不要です。				
	支給額	¥					第114条	確認

健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書
家族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①健康保険証の 記号・番号	(記号) 1	(番号) 12345	②事業所の名称	(株)スズケン					
	③分娩年月日	令和〇年〇〇月〇〇日		④生・死産の別	生産児数 1人	死産児数	〇人	⑤妊娠経過期間	〇ヵ月 〇週	
	⑥分娩のため入院した ときはその病院・産院 の	名称	〇〇産婦人科		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇				
	⑦出生児の氏名	健保 一郎			⑧被保険者との続柄	長男				
	⑨被保険者が退職後6ヵ月以内 に分娩した為の請求である場 合に記入してください。	分娩時点で加入して いる保険の種類	ア. 健康保険 (保険者名〇〇〇〇健保組合 記号〇〇 番号〇〇〇〇〇) イ. 国民健康保険 ウ. その他 ()							
	⑩この欄は、被扶養 者が分娩したとき に記入してくださ い。	被扶養者の	氏名	健保 花子		生年月日	昭和 〇年〇〇月〇〇日 平成			
		⑪被扶養者が退職 後6ヵ月以内に 分娩したとき は、その勤務し ていた事業所の	名称	〒					加入していた保険の記号・番号 及び保険者名	
			所在地	〒						
			勤務期間	年 月 ~ 年 月						

上記のとおり請求します。

〒123-4567

TEL (090) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

令和 5 年 7 月 3 日

被保険者(請求者)の住所 愛知県名古屋市中区〇〇町1-2

スズケン健康保険組合 殿

氏名及び印 健保 太郎 印

証明書(いずれか一方でよい)	市区町村長が証明す るところ	本籍			筆頭者氏名			
		出生児氏名			出生年月日	令和 年 月 日		
医師・助産師が証 明するところ	市区町村長名	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日						
		⑫分娩年月日	令和 〇年 〇〇月 〇〇日		⑬生産・死産の別	生産	死産(妊娠第 〇 ヵ月 〇 週)	
		⑭出生児の数	単胎・多胎(胎)		〇〇産婦人科 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇 〇 〇 〇 〇			
		上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇年 〇〇月 〇〇日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師の氏名						

支払金融機関の欄	銀行名	〇〇〇〇 銀行		〇〇〇 本 支店								
	預金種別	1. 普通 2. 当座		口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	フリガナ	ケンボ タロウ										
	口座名義人	健保 太郎										

委任状	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。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)氏名										
	代理人の氏名	印									代理人の住所

<記入上の注意事項>

◎被保険者の記入欄

1. 標題は、被保険者が分娩したときは「被保険者」を、被扶養者が分娩したときは「家族」を○で囲んでください。
2. ⑥欄は、分娩のために入院しなかったときは斜線を引いてください。
3. ⑨欄は、被保険者であった者が退職後6ヵ月以内に分娩した場合に、分娩のときに加入していた保険の種類を記入してください。
4. ⑪欄は、被扶養者が分娩前6ヵ月以内に勤務したことがないときは、斜線を引いてください。
また、勤務していた場合は、必ず記入してください。
5. この（家族）出産育児一時金の受領を事業主担当者等に委任するときは、「委任状」に記入してください。
6. この（家族）出産育児一時金を銀行口座振込により受領したいときは、「支払金融機関の欄」に記入してください。自分以外の口座に振込を指定する場合は、「委任状」も必要です。
7. 出生児の出生に関する証明は、本籍地の市区町村長、分娩の介助をした医師又は助産師のいずれかから受けてください。
なお、この証明は住所地の市区町村長の発行する住民票（有料）で代行することもできます。

◎医師、助産婦の記入欄

1. ⑬欄は、該当する文字を○で囲み、死産のときは妊娠何ヵ月（何週）目かを記入してください。
2. ⑭欄は、該当する文字を○で囲み、多胎のときは、出産児数を記入してください。