

健康保険

☐ 被保険者
☐ 家族

出産育児一時金支給申請書

被保険者等 記号・番号				所 属 事業所		
被保険者（申請者）の氏名（自署）				被保険者の 生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
被保険者（申請者）の住所		〒 ー				
出 産 年 月 日		令和 年 月 日		死亡のときはその旨		
出産した医療機関		名 称				
		所在地				
家族の出産であるときはその氏名・生年月日				☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	
出 生 児 の 氏 名				出 生 児 の 生 年 月 日	令和 年 月 日	
出生児が被扶養者かどうか		被扶養者で ある ・ ない		出生児が被扶養者でないときはその理由		
備 考						
医師、助産師が証明する欄	出 産 年 月 日	令和 年 月 日		生産・死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 第 週 日)	
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)				
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名					

➡ 又は、出生届・出生証明書の写のいずれかを添付してください。

※ 退職後に請求の場合のみご記入ください。（任意継続被保険者は記入不要です。）

被保険者（請求者）に対する支払金融機関の欄						
金融機関名	銀行・農協 金庫・信組		本店・支店 出張所		口座種別	1. 普通 2. 当座
口 座 番 号			口座名義	フリガナ		

令和 年 月 日提出

受付日付印

事 業 所 担 当 者		