健康保険 □被保険者 □家　族 出産育児一時金　請求書

受付印

※ 印刷は、Ａ４片面でお願いします。

＜被保険者記入用＞ **１枚目**

1. この欄の記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
2. この欄の太線枠内の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）
3. この欄の記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

健康保険組合より問合せ可能な連絡先を記入ください。

	□勤務先携帯 □個人携帯 □勤務先電話 □自宅電話

①提出日	令和　年　月　日		
②被保険者等	記号(3桁)	番号(6桁)	
③マイナンバー	個人番号（12桁）	④事業所名（会社名）	
⑤被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	⑥生年月日	□昭和 □平成　年　月　日
⑦現住所	(〒　－　)　電話(　)　－		

⑧出産した者

⑧-1 被保険者の場合

退職後６か月以内の出産ですか。 □はい □いいえ

⇩上記「はい」の場合

退職年月日	令和　年　月　日	
出産時の健康保険加入状況	加入している健康保険	□健康保険組合 □全国健康保険協会 □共済組合 □国民健康保険
	上記名称	

※1 「はい」の場合、現在加入の被保険者証のコピーを添付してください。
※2 現在加入の健康保険で「出産育児一時金」を請求する場合、当組合での支給はできません。
（同一の出産で重複請求をすることはできません）

⑧-2 家族の場合

出産した者の氏名		生年月日	□昭和 □平成　年　月　日
当組合加入後、６か月以内の出産ですか。		□はい □いいえ	
⇩上記「はい」の場合 当組合加入前に加入していた健康保険について	□健康保険組合 □共済組合 □全国健康保険協会 □国民健康保険	健康保険証記号・番号	－
		左記名称	

※ 上記で加入していた健康保険へ請求する場合、当組合での支給はできません。
（同一の出産で重複請求をすることはできません）

⑨出産年月日	令和　年　月　日	⑩生産児数	人	⑪出生児の氏名	
⑫被保険者が在籍の場合 委任欄	この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。				
	被保険者氏名				

⑬被保険者が任意継続被保険者または退職(予定)の場合 振込先

銀行・農協 信金・信組		支店 出張所		預金種別	□普通 □当座
口座番号		口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		

出産育児一時金請求書　　**＜医師・助産師または市区町村長記入用＞**　**２ 枚 目**

※下記は、いずれか一方で証明を受けてください。
　証明を受けられない場合、添付書類が必要です。「記入の手引き」をご覧ください。

2. 1. **＜医師・助産師による署名の場合の記入欄＞**

Ⓐ 出産者氏名		Ⓑ 出産年月日	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）

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関所在地

医療機関名

医師・助産師氏名

電話番号

＜市区町村長による証明の場合（生産のみ）の記入欄＞

㋐ 本籍			
㋑ 筆頭者氏名		㋒ 母の氏名	
㋓ 出生児氏名		㋔ 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します。

令和　　年　　月　　日

市区町村長名

いずれもこの欄の記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）
いずれもこの欄の太線枠内の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。