

※ 健保記入欄	資格	取得年月日	年	月	日
支給額	円	喪失年月日	年	月	日

常務理事	事務長	担当者

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金請求書

(該当する欄に を記入して下さい。)

被 保 険 者 記 入 欄	提出日	令和		年		月		日								
	事業所名						所属名	部 室・工場								
	被保険者氏名						被保険者等 記号・番号	記号		番号						
	被保険者住所															
	被扶養者が分娩した ときはその者の氏名					被扶養者の生年月日 昭和・平成			年		月		日生	死産または流産 したときは妊娠 月数		月
	分娩の年月日	令和		年		月		日	出生児の氏名 (双子の場合は2段書き)				被保険者 との続柄			
	産院、病院 または 診療所に収容 されたときはその名称及び所在地	名 称														
		所在地														
上記によって、被保険者・家族 出産育児一時金を請求いたします。																

市 区 町 村 長 の 証 明 欄	医師・助産婦	分娩年月日	令和		年		月		日	生産・死産(妊娠 か月)	単胎・多胎								
		上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所 医師・助産婦名																	
	市区町村長	出生届出日	令和		年		月		日	出生児氏名		出生年月日	令和		年		月		日
		上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 市区町村長名 																	

※市区長村長及び医師・助産婦の証明の代わりに、出生証明書(写)或いは母子手帳の「出生届出済証明」欄の写しでも可。

事 業 主 記 入 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和		年		月		日
	住所							
	事業主							
	氏名							

【注意事項】 ※印の欄は、記入しないで下さい。

* この請求書は必ず、事業所担当部署経由して、健康保険組合へ提出して下さい。

* 医療機関から交付された出産費用の領収・明細書及び合意文書のコピーを添付して下さい。

* 毎月20日締切、翌月給与で給付します。

※  受付日付印