

健康保険

☐被保険者
☒被扶養者

出産育児一時金請求書

(直接支払制度もしくは受取代理制度を利用しない場合)

記入例

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号 123 番号 4567	被保険者(請求者) の氏名・生年月日		フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 昭和・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	被保険者 (請求者) 現住所	〒 ○○○-○○○ 大阪府大阪市生野区○○町1-2-3 TEL 080-○○○○-○○○○				
	出産した者	☐ 被保険者 ☒ 被扶養者	氏名 健保 花子	出産年月日	令和 年 月 日	
	生産または死産の別		生産・死産	生産児数	1 人	死産児数 0 人
	①出産した方			・被保険者→退職後6ヶ月以内の出産ですか ・被扶養者→被扶養者認定日後6ヶ月以内の出産ですか はい / いいえ		
	①-1			「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください ・被保険者→現在加入している保険者について ・被扶養者→認定日以前に加入していた保険者について		
	①-1-(1)			受けた / 受ける予定 / 受けない		
	委任状	この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委託する旨を被保険者(請求者) 氏名 代理人 住所 氏名				
	振込口座	☐ マイナポータル等で事前登録済(注)口座情報の反映には登録から数日かかります 公金受取口座を登録していない場合はチェックしないでください。 銀行 銀行コード 預金種別 普通・当座 金庫・信組 口座番号 農協・漁協 本店 支店コード 名義人(フリガナ) ケンボ タロウ 支店 健保 太郎				
	証明欄(いずれかに証明を受けてください)	医師・助産師の場合 市区町村長の場合	分娩年月日 分娩予定年月日 生産・死産の別 単胎・多胎の別 出産した医療機関等の医師・助産師または市区町村長の証明欄 ※どちらか一方で証明を受けてください			

- 訂正がある場合は二重線で消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
- 給付金の受領を代理人に委任するときは、「委任状」欄と「振込口座」欄ともに記入してください。

組合 使用 欄	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
産科医療補償制度	制度加入あり		支払額	500,000
	制度加入なし			488,000
				不支給