



同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	会計	扱	者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	平成	年	月	日						
支払額		拾万	万	千	百	拾	円			
※ 支給 決議 書	法定 給付	産 育	児	の	額					
	追加 給付	産 育	児	の	額					
	分べんの	日	平成	年	月	日				
	適 格	資 格	得 喪	年	月	日	決定標準報酬月額	千円		

(注意事項)

- 1、 標題の「被保険者」と「家族」の別および⑩⑪ならびに⑬の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
- 2、 ①欄は、健康保険の被保険者証をみればわかります。
- 3、 生産または早産の場合は⑨欄に、入院しないで分べんした場合は⑩の欄に、女子被保険者が分べんしたための請求がある場合は⑪の欄に、「ある」を丸でかこんだ場合は⑫欄にそれぞれ「該当せず」と記載してください。
- 4、 訂正箇所には各記入者と同じ印を押してもらってください。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

平成 年 月 日 請求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	※	0000000000	② (フリガナ) 被保険者(請求者)の氏名と印	健保 愛子	③	健保 愛子		
	④ 被保険者の現住所	〒	000-0000	〇〇県〇〇市〇〇町1-1					
	⑤ 事業所の名称			〇〇〇〇株式会社					
	⑥ 分べんした年月日	平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日	⑦ 死産のときはその旨		⑧ 妊娠経過期間	ヶ月
が 証 明 す る と こ ろ	⑨ 入院して分べんしたときは、その病・産院の	(ア) 名称	〇〇〇〇病院	(イ) 所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2				
	⑩ 家族が分べんしたときの請求者の氏名	(ア) 氏名		(イ) 生年月日	昭和	年	月	日生	
	⑪ (フリガナ) 出生児の氏名	健保 一郎	⑫ 被保険者と出生児の関係	長男	⑬ 出生児が被保険者であるかどうか	ある・ない			
⑭ 出生児が被保険者のとき、夫の健康保険組合の被扶養者になるため		⑮	備考						

が 証 明 す る と こ ろ	⑯ 分べんした年月日	平成	年	月	日	⑰ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠)	ヶ月	週			
	⑱ 出生児の数	単胎・多児(児)		備考								
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明する。	平成	年	月	日	医療施設の名称・所在地	医師・助産師名	印	電話(局)番			
	⑳ 本籍		(21) 筆頭者氏名									
区 市 町 村 長	(22) 出生届出日	平成	年	月	日	(23) 出生児氏名		(24) 出生年月日	平成	年	月	日
	(25) 上記のとおり相違ないことを証明する。	平成	年	月	日	区市町村長名	印	電話(局)番				

支 払 金 融 機 関 の 欄	支払区分	振込	預金種別	普通	銀行 金庫 農協	本店 支店
	金融機関				口座名義(カナ)	
	口座番号					

私は \_\_\_\_\_ を代理人と定め、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に請求した出産育児一時金、  
金 \_\_\_\_\_ 円也の受領方を委任します。 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

領収書

金 \_\_\_\_\_ 円也領収いたしました。 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

三井製糖北糖健康保険組合理事長殿 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※ 受付日付印

事業所  
担当者  
印