

記入見本

行

→病院(証明)→被保険者(本人)→健保組合

提出日

R5 年 4 月 25 日請求

☐被保険者☒家族

出産育児一時金請求書

注1) 氏名欄には必ず押印ください。

注2) 必ず黒ボールペンで記入してください。訂正があるときは訂正印を押してください。

被 保 険 者 記 入 欄	保険証を見て記入				フリガナ	ケンポ タロウ	
	記 号	1	番 号	12345	氏 名	健保 太郎	
	出 産 日 年 月 日		R5 年 4 月 15 日		電 話 番 号	0566-36-0000	
	家族が出産した場合	氏 名	健保 美保		生 年 月 日	H2 年 2 月 1 日	
	※太枠は記入しない		認定年月日	年 月	従前の資格喪失日	年 月 日	
	出 生 児 氏 名	① 健保 一郎		②	③		
	被保険者本人または家族が記入します。記入しなくても、給付金振込先は、加入時に申告いただいた口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です。 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記入不要です。						
支払条件や添付書類等は裏面をご確認ください⇒							

医 師 ・ 助 産 婦 の 証 明 欄	出 産 日 年 月 日		年 月 日		住 所	
	正常出産又は異常出産					
	出 生 児 の					
	生 産 又 は		生			
	死 産 の 別		死 産	妊娠 第	週 + 日	証 明 日

『 医師・助産婦の証明欄 』
この欄には医師又は助産婦で記入してもらってください。

こちらの証明がない場合は裏面の欄に市区町村で証明をもらってください。(生産のみ)