

常務理事	事務長	係	係

<記入例>

昭和・平成・令和
年 月 日

令和 年 月 日

健康保険 被保険者 ・ 被扶養者 出産育児一時金請求書 【直接支払制度なし】

- 注) 1. 医療機関から交付される代理契約に関する合意書の写しを添付してください。
2. 医療機関から交付される「出産費用の領収・明細書」の写しを添付してください。
※産科医療制度に加入する医療機関で出産した場合は、必ず所定のスタンプが捺印されていること



申請者が記入するところ	保険証 記号・番号	10 - 1234	被保険者 氏名	健保 太郎		生年 月日	昭和・平成 ○ 年 1 月 1 日		
	申請者住所	〒123-4567 東京都港区〇〇1-2-3 ▽▽マンション 123号室			電話番号 (日中連絡先)	090 (1234) 5678			
	出産した方 氏名	健保 花子		生年 月日	昭和・平成・令和 ○ 年 2 月 2 日		被保険者 との続柄	妻	
	*上記の方が扶養認定後6ヶ月以内に 出産した場合は、以前加入していた保険者等 を記入してください。		以前加入していた 保険者名		旧保険証の 記号・番号				
	生産または 死産の別	生産 <input checked="" type="checkbox"/> 死産		生産 児数	1 人	死産 児数	人	死産の時は 妊娠経過期間	妊娠 週
	出産年月日	令和 4 年 ○ 月 ○ 日		出生時氏名	健保 小太郎		被保険者と出生時 の続柄	長男	
	出産した医療機関	名称		□□病院					
		所在地		東京都〇〇区△△1-1-1					

■証明欄(いずれか一方の証明を受けてください)

医師・助産師	出産者氏名		出産年月日	令和 年 月 日
	上記 令和	<div style="border: 2px solid green; padding: 10px; text-align: center;"> <h2>医師・助産師または、市区町村 より証明を受けてください。</h2> </div>		
市区町村長	上記 令和			