

被保険者出産育児一時金

健康保険 家族 出産育児一時金 請求書
出 産 育 児 附 加 金

受	令和	年	月	日
付	第	号		

本 人 記 入 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	—	資 格	取得 喪失	昭和・平成・令和	年	月	日	標準報酬 月 額	千円		
	分 べ ん の 日	令和	年	月	日	生産・死産の別		生産 ・ 死産 (妊娠 ヲ月)				
	入院して分べんしたときは その 病院・産院 名	名 称						入院費用 の 別	健保・自費 その他			
		所在地										
	出 生 児	氏 名						被保険者との続柄				
	家族(配偶者)分べんによる 請 求 であるとき	家族(配偶 者)氏名						生年月日	昭 平	年	月	日
	妻が被扶養者 に承認後 6ヵ月以内の 分べんの 場合は妻に 関した状況	承認前に勤務していた場合					承認前に勤務していなかった場合					
		事業所名	被保険者証の記号番号()					被扶養者に承認される前に加入していた 健康保険は				
		事業所 所在地						イ 国民健康保険に加入していた ロ 親等の被扶養者であった ハ その他()				
		期 間	年 月 ~ 年 月									
事業所名			受取金融機関		支店 普通預金							

上記により 至 を請求します。

令和 年 月 日
京葉銀行健康保険組合理事長 殿

被保険者 住 所
氏 名 印

医 師 又 は 助 産 婦 が 証 明 す る と こ ろ	分べんした 年 月 日	令和	年	月	日	生産又は 死産の別	出産 ・ 死産 (妊娠 ヲ月・週)	
	出生時の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)				備 考		
	上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 印							
市 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	本 籍					筆頭者氏名		
	出生届月日	令和	年	月	日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 印							

組 合 記 入 欄	下記金額の支給決定を承認します。 令和 年 月 日					常務理事	事務長	係
	支給決定伺	令和	年度	出産育児一時金	円	支給決定額	円	
				家族出産育児一時金	円			
			出産育児附加金	円				

注) 「医師又は助産婦が証明するところ」「市区町村長が証明するところ」の欄は、「医師、助産婦」か「市区町村長」の
どちらか一方の証明を受けてください。
注) 「産科医療補償制度」に加入していることを証明するスタンプが押された「領収書」の写しを添付してください。