健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金請求書

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。　（任意継続は除く）

被保険者が記入するところ

被保険者証等記号と番号	記号 番号	被保険者氏名		
事業所の名称				
被保険者の郵便番号と現住所	〒 TEL（　　）　　―			
家族出産育児一時金の請求の場合は、出産した家族の氏名等	氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭和 平成	年　月　日
出産年月日	令　和　　年　月　日	生産児数　　人	死産児数	人 （妊娠第　週又は第　月）
出生児の氏名 （出生児が複数のときは全員の氏名を記入して下さい）	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			
該当する支給要件はどちらですか （被保険者が出産した場合）	ア．被保険者期間中の出産 イ．資格喪失後６ヶ月以内の出産 （資格喪失後加入している医療保険制度を右欄に記入してください）	（制度名及び保険者）		
家族があなたの被扶養者になった時期 （家族が出産した場合）	ア．出産の日より６ヶ月以上前 イ．その他 （あなたの被扶養者となる前に加入していた医療保険制度を右欄に記入してください）	（被保険者氏名） （被保険者証の記号番号）		
任意継続及び退職者は振込を希望する金融機関名と電話番号と預金口座番号	金融機関名 （郵便局は除く）	支店名		
	口座名義人 （カタカナ）	普・当　口座番号		
	口座名義人電話番号　（　　）			

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

医師又は助産師の証明	出産年月日	令和　年　月　日	生産又は死産の別	生産・死産（　ヶ月）	出生児数	単胎・多胎（　児）
	上記のとおり相違ないことを証明いたします　令和　年　月　日 医療機関等の所在地 医療機関等の名称 医師又は助産師の氏名　TEL（　　）　―					
市区町村長の証明	本　籍	都道府県	筆頭者名			
	出生届出日	令和　年　月　日	出生児氏名		出生年月日	令和　年　月　日
	上記のとおり相違ないことを証明いたします　令和　年　月　日 市区町村長名 印　TEL（　　）　―					

（注）　医師または市区町村長どちらかの証明、医療機関から交付される領収（明細）書および直接支払制度を利用しない旨の「合意文書」の写しを添付してください。

近畿日本鉄道健康保険組合理事長 殿

本件支給決定してよろしいか					
常務理事	事務長	係　員	被保険者 家　族	出産育児一時金	￥　　支給