

出産育児一時金支給申請書

被保険者等 記号		番号	
被保険者氏名	昭・平 年 月 日生		

分娩した方

フリガナ 氏名	昭・平 年 月 日生		被保険者との続柄() ※子の場合は、長女、次女のように記入	
分娩年月日	令和 年 月 日	生産	・ 死産	・ 生産死産混在
児数	生産の場合の出産児数	人		
	死産の場合の死産児数	人	(妊娠満 週 日)	
分娩をした場所	施設名称			
	所在地			
	産科医療補償制度の加入有無	加入	・	未加入
同一の出産について他健保の給付を受けていますか・・・ 受けた(受ける予定) ・ 受けない				
上記金額の受領を右記のものに委任します。 委任者				
下記□を確認✓				
<input type="checkbox"/> この提出について被保険者本人が作成しました。				
<input type="checkbox"/> 記載内容に誤りがないか確認しました。				
令和 年 月 日 被保険者氏名 _____				

医師、助産師又は市区町村長の証明

分娩者氏名		分娩年月日	令和 年 月 日
生産・死産の別	生産 ・ 死産 (満 週)	出生児数	単胎 ・ 多胎 (児)
上記のとおり相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日 分娩施設所在地・名称			
医師・助産師名			
市区町村長の場合			
市区町村長名			
(印)			

注意事項

- 分娩機関発行の領収書(写)を添付してください。
※ 産科医療保障制度の対象分娩の場合、所定の押印がある領収書(写)
- 分娩機関から交付される直接支払制度を利用しない証明書(写)を添付してください。
- 市区町村長の証明の場合は、証明印が必要になります。

事業所確認

--	--

以下は健保組合使用欄

受付印

支給印

常務理事	事務長	担当者