

科目	法定	款	項	目	承認印	常務理事	事務長	係
			項	目				


記入例

申請には添付書類が必要です。HPで確認してください
被扶養者の出産の場合、分娩日から6か月以前に他健保の被保険者であった方は、請求前に当健康保険組合にお問い合わせください

事業主(会社)に提出した年月日を記入してください

「子」ではなく、「長男」「二男」「長女」「二女」などと記入してください

出産育児一時金(付加金)請求書

被保険者が記入する欄	①請求書提出年月日	令和 1 年 6 月 3 日	*この請求書には添付書類が必要です。	
	②被保険者証の記号・番号	記号 ●●●	番号 ▲▲▲▲	③被保険者氏名 健保 太郎 
	④被保険者現住所電話番号	〒 180-00×× 東京都武蔵野市〇〇1-1-1 日中連絡の取れる電話番号(0422-××-□□□□) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他		
	⑤出生児氏名	健保 一郎	⑥出生年月日 平成 令和 1 年 6 月 1 日	⑦続柄 長男
	被扶養者(家族)が出産した場合の申請であるとき		⑧被扶養者氏名 健保 良子	⑨続柄 妻
⑪振込先口座(被保険者名義)	銀行名 みずほ	コード *健保記入 1	口座番号 1.普通 2.当座 ×××××××	名義(カタカナ) ケンポ タロウ
支店名	三鷹	コード 247		

医師・助産師または市区町村長記入欄	① 医師、助産師または市区町村に証明をもらってください		②出産した年月日	平成 年 月 日	令和 年 月 日
	③ 死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)	④出生児の数	単胎・多胎(児)	
	⑤上記の通り相違ないことを証明する。			証明日	令和 年 月 日
	医療機関所在地				
	医療機関名				
	医師氏名			印	
(1)本籍			(2)筆頭者氏名		
(3)出生児氏名	(4)母の氏名	(5)出生年月日	平成 令和 年 月 日		
⑥上記の通り相違ないことを証明する。			証明日	令和 年 月 日	
市区町村長名			印		

令和1年6月改訂

受付日付印

【個人情報の取り扱いについて】

本請求書に記入された個人情報は、本請求書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。