

# 健康保険 {本人} 家族 出産育児一時金支給請求書

PD

健保

|  |   |                                |   |                                   |                     |
|--|---|--------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------|
| 被<br>保<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ    | ① 被保険者証記号番号   | 記号 160<br>番号 1234567           | ② 被保険者の氏名及び印                                    | 健保 太郎                             |                     |
|  | ③ 被保険者の現住所  | (〒 938-0000)<br>富山県〇〇市〇〇 123-4 |   |                                   | (TEL: 0765-00-0000) |
|  | ④ 被保険者の職場名  | YKK(株)〇〇〇                      | ⑤ 職場電話番号  | (内線) 77-0000<br>(外線) 0765-54-0000 |                     |
|  | ⑥ 出産年月日   | 平成 23年 3月 10日                  |   | ⑦ 死産のときはその旨                       |                     |
|  | ⑧ 出産した場所  | 医療機関等の名称                       | 〇〇産婦人科  |                                   |                     |
|  |   | 医療機関等の所在地                      | (〒938-0000)<br>富山県〇〇市〇〇 1-2 (TEL: 0765-00-0000) |                                   |                     |
|  | ⑨ 家族が出産したための請求である場合はその家族の氏名等                                  | (ア) 氏名                         | 健保 花子   | (イ) 生年月日                          | 昭和 55年 2月 1日生<br>平成 |
|  | ⑩ 出生児の氏名  | フリガナ<br>ケンボ ジロウ<br>健保 一郎       | ⑪ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか                          | ある・ない                             | 続柄<br>長男            |
| ⑫ 産科医療補償制度加入機関等での出産ですか                                 | いいえ・はい (→加入証明スタンプ押印の領収書の写しを添付してください)                          |                                |   |                                   |                     |
| ⑬ 出産した者が出産日から遡って6か月以内に健康保険の資格を喪失している場合は、いずれかに記入してください。 | 申請者本人が当健保組合の資格喪失後6か月以内に出産することによる申請の場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号  |                                | 保険者名  |                                   |                     |
|  | 申請者本人の家族が被扶養者認定後6か月以内に出産することによる申請の場合、被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号 |                                | 記号・番号   |                                   |                     |
| 証明欄<br>(どちらか一方で可)                                      | ⑭ 出産した年月日   | 平成 年 月 日                       | ⑮ 生産または死産の別                                     | 生産・死産(妊娠 月 週)                     |                     |
|  | ⑯ 出生児の数   | 単胎・多胎( 児)                      | ⑰ 直接支払制度または受取代理制度を利用した出産ですか                     | いいえ・はい                            |                     |
|  | 上記のとおり相違ないこと<br>平成 年 月 日<br>医療機関等の名称・所在地<br>医師・助産師名<br>TEL ⑱  |                                |   |                                   |                     |
|  | 医師・助産師が証明するところ  |                                |   |                                   |                     |
| 市区町村長が証明するところ  | 本籍  |                                | 筆頭者氏名   |                                   |                     |
|  | 出生届出日   | 平成 年 月 日                       | 出生児氏名   | 出生年月日 平成 年 月 日                    |                     |
|  | 上記のとおり相違ないこと<br>平成 年 月 日<br>市区町村長名 ⑲                          |                                |   |                                   |                     |

- ◆ご記入の際は裏面の記入要領を、よくお読みの上ご記入ください。
- ◆ご記入いただいた個人情報は、出産育児一時金の振込みにのみ利用させていただきます。

健保組合  
受付印

YKK健康保険組合