

出 産 育 児 一 時 金	円	支 給 金 額	円	決 議	年	月	日
家族出産育児一時金	円	資 格 取 得 日	年 月 日	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	
	円	資 格 喪 失 日	年 月 日				
	円	標 準 報 酬 月 額	千円				

「家族出産育児一時金請求書」記入見本

出産育児一時金は2枚目をご覧ください

出 産 育 児 一 時 金

請 求 書

家族出産育児一時金

〇〇年 〇月 〇日提出

この欄は
当
する
方
の
み
記
入
し
て
く
だ
さ
い

社 員 番 号	〇〇〇〇〇〇〇	所 属 部 署 名	〇〇〇〇〇
被保険者証記号一番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇		
被保険者の氏名・印	健保 太郎	生 年 月 日	〇〇年 〇月 〇日
被保険者の住所 ※号室など詳しく記入	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇-〇〇 (TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)		
出 産 日	平成〇〇年 〇月 〇日	生 産 ・ 死 産 の 別	生産・死産 (妊娠第 月 又は 第〇〇週)
出 生 児 の 氏 名 ※多児は全て記入	健保 一郎	出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で ある ない
出 産 し た 病 院 等	名称 △△産婦人科医院	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市△△町△△-△△
家族が出産したとき	氏名 健保 花子	続柄 妻	生年月日 〇〇年 〇月 〇日

被保険者が資格喪失後に出産したとき……………現在加入している健康保険について記入してください。

家族が伊藤ハム米久健保に加入して6ヶ月以内に出生したとき……………以前家族が加入していた健康保険について記入してください。

健康保険組合等の 名称およびTEL	□□□□健康保険組合	(TEL□□-□□□□-□□□□)
被 保 險 者 証 記 号 一 番 号	□□□-□□□□	被保険者氏名 健保 花子

振 込 先 (被 保 険 者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人(フリガナ)
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△△	健保 太郎

医 師 又 は 助 産 師 証 明 欄	出 産 年 月 日	平成 年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 第 月 又は 第 週)
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医 師 ・ 助 産 師 名			

※上記証明以外に、出生届受理証明・住民票等、出生の事実を証明できるものでも差し支えありません。

【添付書類】・医療機関から交付される直接支払制度に関する文書（合意文書）の写し。

・出産費用の領収・明細書の写し。産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は「産科医療補償制度加入機関」であることを証する所定の印が押印されたもの。

出産育児一時金	円	支給金額	円	決議	年	月	日
家族出産育児一時金	円	資格取得日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
	円	資格喪失日	年 月 日				
	円	標準報酬月額	千円				

「出産育児一時金請求書」記入見本

家族出産育児一時金は1枚目をご覧ください

出産育児一時金 請求書

〇〇年 〇月 〇日提出

社員番号	〇〇〇〇〇〇〇	所属部署名	〇〇〇〇〇
被保険者証記号一番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇		
被保険者の氏名・印	健保 花子	生年月日	〇〇年 〇月 〇日
被保険者の住所 ※号室など詳しく記入	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇-〇〇 (TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)		
出産日	平成〇〇年 〇月 〇日	生産・死産の別	(生産・死産 妊娠第 月 又は 第〇〇週)
出生児の氏名 ※多児は全て記入	健保 一郎	出生児が被扶養者かどうか	ある 被扶養者で ない
出産した病院等	名称 △△産婦人科医院	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市△△町△△-△△
家族が出産したとき	氏名	続柄	生年月日 年 月 日

この欄は
当する方のみ記入してください
の箇所に該当

被保険者が資格喪失後に出産したとき……………現在加入している健康保険について記入してください。
家族が伊藤ハム米久健保に加入して6ヶ月以内に出産したとき……………以前家族が加入していた健康保険について記入してください。

健康保険組合等の 名称およびTEL	□□□□健康保険組合	(TEL□□-□□□□-□□□□)
被保険者証 記号一番号	□□□-□□□□	被保険者氏名 健保 太郎

振込先 (被保険者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人(フリガナ)
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△△	健保 花子

医師又は 助産師 証明欄	出産年月日	平成 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月 又は 第 週)
	出生児の数	単胎・多胎(児)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名			

※上記証明以外に、出生届受理証明・住民票等、出生の事実を証明できるものでも差し支えありません。

【添付書類】・医療機関から交付される直接支払制度に関する文書(合意文書)の写し。

・出産費用の領収・明細書の写し。産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は「産科医療補償制度加入機関」であることを証する所定の印が押印されたもの。