健保使用欄	
資格取得	年　月　日
資格喪失	年　月　日

被保険者
家　族

出産育児一時金請求書

被保険者（申請者）記入欄

① 被保険者等記号・番号（右づめ）	記号　番号		② 事業所名（会社名）		
③ 被保険者の氏名			④ 被保険者の生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	
⑤ 分娩年月日	令和　年　月　日	⑥ 生産児数 人	⑦ 死産児数 人	⑧ 死産の時はその妊娠経過期間	週
⑨ 分娩した場所	医療施設等の名称				
	医療施設等の住所	（〒　－　）			
⑩ 家族（被扶養者）の分娩の場合	A 家族氏名		B 家族生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	
	C 扶養認定日	昭和 平成 令和　年　月　日	← マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書等で家族（被扶養者）の資格情報を確認し、ご記入ください		
⑪ 出生児が被扶養者かどうか	A 被扶養者で	ある　・　ない	B 出生児が被扶養者でないときはその理由		
⑫ 他制度から出産育児一時金の給付を受けているかどうか	受けている　・　受けていない				
⑬ 備考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。				
⑭ 被保険者（申請者）の 住所 氏名 TEL	（〒　－　）　令和　年　月　日 都道府県 （　） ※日中の連絡先をご記入ください				
⑮ 振込希望の金融機関名	● 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに☑　公金受取口座を利用します　☐ 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。 マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。				
	● 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。				
	銀行・金庫・信組			店・本店 支店・出張所	
	普通　口座番号（右づめ）		口座名義（カタカナ）		

証明欄（いずれかにご記入ください）

医師・助産師による証明欄	⑯ 分娩年月日	令和　年　月　日	⑰ 生産児数 人	⑱ 死産児数 人	⑲ 妊娠経過期間	週
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和　年　月　日 医療施設の名称・所在地　〒 医師・助産師名					
市区町村長による証明欄	⑳ 本籍		㉑ 筆頭者氏名			
	㉒ 出生届出日	令和　年　月　日	㉓ 出生児氏名		㉔ 出生年月日	令和　年　月　日
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和　年　月　日 市区町村長名					

【添付書類】※海外出産の場合は不要

① 医療機関等から交付される合意文書の写し

② 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し（※注）

（※注）直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨が記載されているもの、および産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理の下で出産した場合は、当該出産であることを証明するスタンプが押印または印字されているもの