

出産育児一時金請求書

被保険者が記入するところ	①被保険者証の	記号	番号	②事業所の	名称	所在地		
	③被保険者(請求者)の氏名と印	フリガナ		④生年月日	⑤電話番号			
	⑥被保険者(請求者)の住所	郵便番号	フリガナ					
	⑦被扶養者(家族)が出産した場合	フリガナ	生年月日		被保険者との続柄			
	⑧認定日から6ヵ月以内の出産の場合前健康保険について	健保・国保等の名称	続柄	記号・番号	旧姓	加入期間		
		電話	本人			昭・平・令	年	月
	※同一の出産に対して一時金の支給は1回のみです。 重複支給の防止のため、上記内容について、前保険者・前会社等に照会確認を行います。							
	⑨出産年月日	平・令	年	月	日	⑩生産児数	⑪死産児数	⑫死産のときはその旨と妊娠経過期間
	⑬出生児の氏名	フリガナ		続柄	人	人	ヵ月・週	
	⑭支払金融機関の欄	銀行	本店	預金種別	1.普通	口座番号		
	信金	支店		2.当座	口座名義			
	信組	出張所		3.その他				
	農協	営業所						
⑮受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。							
	令和	年	月	日				
	被保険者氏名(請求者)	⑩	住所					
	代理人氏名	⑩	住所					
	委任者と代理人との関係							

⑯医師・助産婦が証明するところ	出産した年月日	平・令	年	月	日	出産または死産の別	出産・死産(妊娠	ヵ月	週)	
	出産児の数	単胎	・	多胎(	児)	備考				
	上記のとおり相違ないことを証明する。									
	令和					年	月	日		
	医療機関の所在地・名称					医師・助産婦名				
	⑩									

⑰市区町村長が証明するところ	本籍					筆頭者氏名					
	出生児氏名	出生年月日	平・令	年	月	日	出生届出日	平・令	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明する。										
	令和										
	市区町村長名					印					

社会保険労務士記載欄	令和	年	月	日	提出	受付日印
⑩						

備考欄(注)	
--------	--

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。