

健保記入欄

出産育児一時金	円	支給金額	円	決議	年	月	日	
出産育児一時金付加金	円	資格取得	年	月	日	常務理事	事務長	担当者
家族出産育児一時金	円	資格喪失	年	月	日			
家族出産育児一時金付加金	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

平成〇〇年 〇月 〇日提出

この欄は
 当する方のみ記入してください
 の箇所に該

被保険者証 記号・番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇	所属部課名	〇〇〇〇〇
被保険者の氏名・印	健保 太郎 (印)	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日生
被保険者の住所 ※号室など詳しく記入	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇番地〇〇 (TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)		
出産年月日	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 ※多児はすべて記入	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△△番地△△
家族が出産したとき	氏名 健保 花子	続柄 妻	生年月日 昭和〇〇年 〇月 〇日生
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ご記入下さい。 家族が伊藤ハム健保に加入して6ヶ月以内に産したとき.....以前家族が加入していた健康保険についてご記入下さい。			
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・番号	□□□・□□□□	被保険者氏名	健保 花子

振込先 (被保険者) ※ゆうちょ口座は不可	金融機関名 △△△△銀行	店舗名 △△△△支店	口座種別 普通預金	口座番号 △△△△△△△	名義人(プリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎
-----------------------------	-----------------	---------------	--------------	-----------------	-------------------------------

医療機関記入欄

医師 又は 助産師 証明欄	出産年月日	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。				
年 月 日				
医療施設の名称・所在地				
医師・助産師名 印				

※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さしつかえありません。
 【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。

健保記入欄

出産育児一時金	円	支給金額	円	決議	年	月	日	
出産育児一時金付加金	円	資格取得	年	月	日	常務理事	事務長	担当者
家族出産育児一時金	円	資格喪失	年	月	日			
家族出産育児一時金付加金	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
家族出産育児一時金

平成〇〇年 〇月 〇日提出

この欄は
当する方のみ記入してください
の箇所に該当

被保険者証 記号・番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇	所属部課名	〇〇〇〇〇
被保険者の氏名・印	健保 花子 (印)	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日生
被保険者の住所 ※号室など詳しく記入	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇番地〇〇 (TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)		
出産年月日	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 ※多児はすべて記入	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	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市△△町△△番地△△
家族が出産したとき	氏名	続柄	生年月日 年 月 日生

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ご記入下さい。

家族が伊藤ハム健保に加入して6ヶ月以内に産したとき.....以前家族が加入していた健康保険についてご記入下さい。

健康保険組合等の 名称およびTEL	〇〇〇〇健康保険組合	(TEL〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
被保険者証 記号・番号	〇〇〇・〇〇〇〇	被保険者氏名 健保 花子

振込先 (被保険者) ※ゆうちょ口座は不可	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人(プリガナ)
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△△	ケンボ タロウ 健保 太郎

医療機関記入欄

医師 又は 助産師 証明欄	出産年月日	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。				
年 月 日				
医療施設の名称・所在地				
医師・助産師名 印				

※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さしつかえありません。

【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。