健康保険 出産育児一時金 家族出産育児一時金 支給請求書

※この請求書は、直接支払制度を利用されていない方を対象とするものです。　令和　年　月　日

被保険者が記入するところ

①被保険者証の記号ー番号	ー		②被保険者の氏名	フリガナ		
③被保険者の住所	〒			TEL（　）　ー		
④事業所の名称						
⑤分娩年月日	令　年　月　日 生産・死産	生産児数	人	死産児数	人	
⑥家族の分娩であるときはその氏名・生年月日	昭・平　年　月　日生		⑦出生児氏名			
⑧出生時が被扶養者かどうか	被扶養者で ある・ない	出生時が被扶養者でないときはその理由				

⑨分娩をしたのは

（該当する方に○をつけその後の設問にもお答え下さい。）

被保険者	分娩をした者が被保険者の場合該当するものを右のア・イから選んで下さい	ア．被保険者期間中の分娩 イ．資格喪失後6ヵ月以内の分娩	イの場合資格喪失後加入している医療保険制度を記入して下さい	（制度名） （保険者名）
被扶養者	分娩をした者が家族の場合、その家族があなたの被扶養者になった時期について右のア・イから選んで下さい	ア．分娩日より6ヵ月以上前 イ．分娩日より6ヵ月以内	イの場合あなたの被扶養者になる前に加入していた医療保険制度を記入して下さい	（被保険者証の記号番号） （被保険者氏名）

⑩振込指定銀行	銀行 （　）信用金庫 信用組合 農協 （　）支店 出張所 ※振込は被保険者名義の口座に限ります。	普通・当座・その他（　） 口座番号【　】 口座名義（カナで記入）【　】	
⑪備考		被保険者証記号番号に代えて個人番号で申請を希望される場合はご記入下さい。 （その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要となります。）	

※医師・助産師又は市区町村がすると（どちらか一方）ころ証明

⑫分娩した年月日	令　年　月　日	⑬生産又は死産の別	生産 死産（妊娠　ヵ月又は　週）
⑭出生時の数	単児・多児（　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

医療施設の名称・所在地

医師・助産師名

⑮本籍		⑯筆頭者氏名			
⑰出生届出日	令　年　月　日	⑱出生時氏名		⑲出生年月日	令　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

市区町村長名　㊞

※　添付書類等については、『記入上の注意』をご参照ください。

〒540-0019 大阪市中央区和泉町2-1-11 大阪府建築健康保険組合 業務課 TEL06-6942-3624