

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金・付加金請求書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 1 番号 1234	被保険者資格取得日	平成 00 年 10 月 01 日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 年 月 日	
	被保険者氏名と印	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 (健保印)	被保険者住所	〒 123-4567 東京都00区001-2-3 00マンション405号室			
	生年月日	昭和・平成 50 年 5 月 15 日		電話 03 (8765) 4321			
	事業所名及び電話	0000事業所		電話 03 (1234) 5678	社員・職員コード	1E+05	
	被扶養者の出産である場合はその者の氏名	健保 花子		被保険者と出産した者の続柄	妻 出産の日 平成 01 年 01 月 01 日		
	出生児の氏名	フリガナ ケンボ ハナミ 健保 花美	被保険者と出生児の続柄	長女			
	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある ・ない	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由				
①資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、現在の保険証の保険者名・電話番号・記号・番号について	保険者名		※6ヵ月以内の資格取得・喪失の異動がある人は、記入してください				
②被扶養者が出産した日の半年前に被保険者であった場合は、その当時の、保険者名・電話番号・記号・番号について	電話番号						
	記号		番号				

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	出産年月日	平成・令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産	週数	妊娠第 月又は第 週	
	出生児の数	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						
	医療施設名の名称・所在地 ※医師・助産師またはお住いの市区町村の証明が必要です 医師・助産師名 電話 ()						
	筆頭者氏名	本籍地					
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 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							

※生産の場合でも、必ず週数をご記入ください。

支払金融機関	銀行 本店		PwC健康保険組合		令和00年00月00日提出
	信用金庫 支店				受付日付印
	信用組合				
	支店番号	口座番号 (右づめ)			
1 2 3 普通 当座	0 0 1 2 3 4 5				
名義人(フリガナ) ケンボ タロウ		※被保険者名義の口座を記入			
健保 太郎					

※被保険者名義の口座を記入して下さい。

- ※ 医師・助産師又は市区町村長どちらかの証明をとってください。
- ※ 分娩機関が発行する領収書のコピー (産科医療補償制度加入医療機関等においては証明印を押印したもの) を必ず添付してください。
- ※ 医師・助産師による週数の証明がない場合は、母子手帳の記載ページのコピーを添付してください。
- ※ 分娩機関等から交付される直接支払制度の利用の有無に関する合意文書のコピーを添付してください。