

取得	年月日	決定額	円	同	常務理事	事務長	担当者
喪失	年月日	分娩	令和 年 月 日				

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	第 号	フリガナ被保険者氏名	年 月 日	
	事業所名称所在地				
	分娩年月日	令和 年 月 日	死産のときはその旨	妊娠第 日目死産	
	入院して分娩したときは	病院又は診療所の名称			
		うえの所在地			
	配偶者が分娩したときはその者の氏名		配偶者の生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	出生児氏名		出生児は被扶養者ですが、その該否	被扶養者で ある ない	
	出生児が被扶養者でないときはその理由(夫の被扶養者である等)		本件請求権者の配偶者の勤務先氏名	国保 記号番号	
	振込希望の銀行及び口座番号	銀行 支店	預金口座番号	普通当座 第 号	
	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 住 所 被保険者の ふくおかICT 健康保険組合理事長 殿 TEL () 氏名				

医師、助産師又は市区町村長が証明するところ	分べん年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 (児)
	出産又は死産の別	出産・死産 (妊娠第 日目死産)		
	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 電話 ()			
	本 籍			
	筆頭者氏名		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				

委任状	上記金額の受領方を下記の者に委任します。 令和 年 月 日 住 所 被保険者の 氏名 代理人の 住 所 氏名			
	(印) (印)			
	振込希望の銀行	銀行	支店 (普通当座 第 号)	号)

受 付

①一年以上の被保険者期間を有する奥さんの分娩は退職後6ヶ月以内であればその勤務先の健康保険組合又は社会保険事務所から支給されます。
②被保険者期間一年以上、退職後半年以内の分娩で、以外の配偶者の方は、うら面もご記入下さい。
③健康保険の保険事故としての分娩は、妊娠八十五日以上の分娩をいいます。

被保険者期間が一年以上、退職後6ヶ月以内の分娩で、且つ配偶者としての出産育児一時金を請求される方は下記の欄に記入をお願いします。

一回の分娩につき、被保険者出産育児一時金又は配偶者出産育児一時金のどちらか一方のみの請求となります。

退職前の事柄について記入して下さい。	事業所所在地				
	事業所名				
	資格喪失日	令和	年	月	日
	退職前の被保険者証の	記号		番号	
	退職前に加入していた社会保険事務所又は、健康保険組合名、所在地	〒	社会保険事務所 健康保険組合		
		電話 () -			