※	保険給付決定欄				
支給額		円	資格取得	年 月 日	
支給内訳	出産育児一時金	円	資格喪失	年 月 日	
	出産育児付加金	円	資格喪失	年 月 日	

捨印

（注意事項）

5 4 3 2 1

被保険者・被扶養者の別はいずれか該当する文字を○で囲んでください。
女子被保険者が出産したときの請求者は①
被扶養者が出産したときの請求者は②
①②の欄を除き洩れなく記入してください。
※印の欄は記入しないでください。
産科医療補償制度に加入する医療機関で分娩された場合は、証明する印が押してある領収書の写しを添付してください。
また直接支払い制度を利用されない場合はその旨記載の合意文書（控）の写を添付してください。

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	記号		被保険者の氏名と印	㊞
	番号			
被保険者の現住所	〒 － （電話番号 ） 方			
事業所の名称	（電話番号 ） 方			
出産した年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産	
他保険から給付を受けているかどうか	受けている ・ 受けていない			
病（医）院名		所在地		
出生児の氏名		被保険者との続柄		
出生児はあなたの被扶養者ですか	ある・ない	被扶養者でないときはその理由		

①出産したときに記入 女子の被保険者が

夫の勤務先	夫の氏名	
	名称	
	所在地	電話（ ）
夫の加入健保の種類		
保険証の記号番号		

②出産したときに記入 被扶養者が

被扶養者の氏名	
被扶養者の生年月日	昭和 平成 年 月 日
被扶養者として認定された年月日	昭和 平成 年 月 日

村長の証明するところ 助産師・医師又は市区町

出産した年月日	平成 年 月 日		
生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 ヵ月）	出産児の数	単胎・多胎（ 児）
入院の費用の別	自費・本人健保・家族健保		

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日

住所

職名（ ） 氏名 ㊞ 電話 局（ ） 番

委任状

この給付金の受領方を 住所 氏名 ㊞ に委任します。

平成 年 月 日

被保険者氏名 ㊞

振込希望銀行	銀行 支店		フリガナ	
	種類	口座番号	口座名義	
	普通・当座			

備考欄	個人番号（マイナンバー）の記載を希望される被保険者は、こちらに記入してください。ただし、個人番号を記載された場合は、個人番号確認と身元確認のできる書類（個人番号カードの写し等）の添付が必要です。 （ 個人番号: ）

平成 年 月 日

神戸貿易健康保険組合 様