届書コード		
3	0	7

請求上及び記入上の注意

①出産育児一時金は、妊娠八十五日（四ヶ月）以上の出産であれば、生産・死産・流産を問わず支給されます。
②医師等の記載及び証明にかえて、出生届の写し又は戸籍謄本又は戸籍抄本を添付しても結構です。
③※欄は該当の文字を○で囲み、死産の場合は妊娠経過期間を記入してください。
④医師等の出産に関する証明書が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の住所氏名明記）を添付してください。
⑤＊の欄は、退職後六ヶ月以内で〝被保険者〟として請求する場合は現在加入している保険を、被扶養者となってから六ヶ月以内で〝家族〟として請求する場合は、以前加入していた保険を記入し、同意書を添付してください。
⑥医師・助産師又は市町村長の欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）を記入してください。
⑦医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写し、領収・明細書等の写しを添付してください。

伺い年月日		年　月　日							
資格	資格取得日	年　月　日	該当条文	常務理事	事務長	課　長	課長代理	係　長	担当者
	資格喪失日	年　月　日	法第101条 法第106条 法第114条						
	被扶養者認定日	年　月　日							
支給決議書	支給額								
	出生児数　人	出産育児一時金							

被保険者
健康保険　出産育児一時金請求書
家　族

被保険者の氏名		被保険者の住所	〒 TEL　（　）	
被保険者証の記号番号	・	事業所の名称		
（家族分として申請する時は）出産した人の氏名		（家族分として申請する時は）出産した人の生年月日	昭・平・令　年　月　日	
出生児の氏名（フリガナ）		被保険者と出生児の続柄		
出産した日	年　月　日	妊娠経過期間	ヶ月	出生児数　人
出産した産院の住所・名称		住所 名称		
下記に該当する場合は記入が必要です ＊　退職後、被保険者分として請求する場合 ＊　被扶養者認定後6カ月以内である場合 （被扶養者認定日は、健康保険証に記載されています） 左記⑤の説明をお読みください		保険者（組合等）名称 記号・番号 配偶者の氏名		

医師・助産師又は市町村長の証明欄		
	出産日時	年　月　日　午前・午後　時　分
	※ 生産又は死産の別	生産・死産　（妊娠　ヶ月）
	備考 （多胎出産の場合はその旨）	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年　月　日 医療施設の所在地・名称 医師・助産師名 又は市町村長名　㊞	

静岡県信用金庫健康保険組合

受付日付印

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕