

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簿本又は日本語の翻訳文（翻訳者の住所氏名明記）を添付してください。
- ③ ※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、訂正箇所を二重線で抹消し、領収・明細書等の写しを添付してください。
- ④ 医師等の出生に関する証明書が外国語で作成されているときは、現在加入している保険を、被扶養者となつてから六ヶ月以内で、医師・助産師又は市町村長の証明欄に記載してください。
- 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、被扶養者となつてから六ヶ月以内で、医師・助産師又は市町村長の証明欄に記載してください。
- ⑥ 医師・助産師又は市町村長の証明欄に記載してください。
- 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	出 産 育 児 一 時 金							

健康保険 被保険者 出産育児一時金請求書  
家 族

被 保 険 者 の 氏 名	<b>静岡 美穂</b>	被 保 険 者 の 住 所	〒 <b>424-△△△△</b> <b>静岡市清水区堺100</b> TEL <b>054(000)△△△△</b>		
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	<b>501・3050</b>	事 業 所 の 名 称	<b>いろは信用金庫</b>		
(家族分として 申請する時は) 出生した人の氏名		(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		
フリガナ 出生児の氏名	<b>シスオカ ケンタ 静岡 健太</b>	被 保 険 者 と 出 生 児 の 続 柄	<b>長男</b>		
出 産 し た 日	<b>令和 4年 3月 14日</b>	妊 娠 経 過 期 間	<b>10</b> ヶ月	出 生 児 数	<b>1</b> 人
出 産 し た 産 院 の 住 所 ・ 名 称	住 所 <b>静岡市駿河区中田1-2</b> 名 称 <b>静岡駿河総合病院</b>				
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 <b>国民健康保険組合 (△△市)</b> 記 号 ・ 番 号 <b>0000-XXXXXX</b> <b>静岡 一郎</b> 配 偶 者 の 氏 名				
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)					
医師・助産師又は市町村長の証明欄	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				
	受付日付印				

静岡県信用金庫健康保険組合

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〕