

被 保 険 者  
家 族

しゅっさんいくじいちじきん  
**出産育児一時金 請求書**

扶養認定日	年 月 日
資格喪失日	年 月 日

※裏面の記入方法をお読みください。

被 保 険 者 の 記 入 欄	① 被保険者証の 記号・番号	記号 0120 番号 5	② 被保険者の (請求者) 氏名及び印	花咲 空 1990年 4月10日生	花咲	
	③ 被保険者 (請求者) の住所	〒000-0000 ℡00-0000-0000 中央区日本橋堀留町0-0-0				
	④ 事業所の名称 (退職者は以前 の事業所名)	会社名 中央織物(株) ℡00-0000-0000	⑤ 問 合 せ 先	℡00-0000-0000		
	⑥ 資格取得年月日	2015年 4月 1日	⑦ 出産者の氏名	花咲 空 1990年 4月10日生		
	⑧ 出産年月日	2019年 4月 5日 出産	⑨ 出生児が被保険者の 被扶養者で	あ る ・ な い		
	⑩ 出生児氏名	花咲 まり	⑪ 続 柄	長女		

⑫ 現在の保険証の名称 記号・番号(退職して 半年以内の人)	市・区・町・村国民健康保険(組合) 健康保険組合・振興共済事業団 共済組合・社会保険事務所	記号	
⑬ (妻の)以前の保険証の 名称・記号・番号 (妻を扶養にいて半年 以内の人)	市・区・町・村国民健康保険(組合) 健康保険組合・振興共済事業団 共済組合・社会保険事務所	記号	

⑭ 医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄	出産した年月日	2019年 4月 5日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 カ月 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。			
	医療施設の名称・所在地 東京病院 東京都中央区日本橋 2019年4月9日 医師・助産婦名 南風 夏子 ℡(00)0000-0000			
	本 籍	筆 頭 者 氏 名		
	出生届出日	年 月 日	出生児 氏 名	出 生 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日

市区町村長名 印

※↓下記記入した通帳(表面)のコピーを添付して下さい

⑮ 支 払 金 融 機 関 の 欄	みずほ 銀行 ほりどめ 本店	⑯ 受 取 代 理 人 の 欄	本請求にもとづく給付金に関する受領を代理人に委任します	
	種 類 1. 普通 2. 貯蓄 3. 当座		被 保 険 者 住 所 上段	
	口座番号 1 2 3 4 5 6 7		(請求者)氏名 印	
	フリガナ ハナサキ ソラ		被保険者からみた 代理人との続柄	
預金の 名義人	花咲 空	代 理 人 住 所 下段	(預金の名義人)氏名 印	

備考欄	
-----	--

受 付 印