

届書コード	
3111	被保険者
3112	被扶養者

健康保険 被保険者 出産育児一時金・同付加金請求書
家 族

◎記入上の注意については別紙をご覧ください。

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者（であった方）の記号・番号			②被保険者（請求者）の氏名			③印		④生年月日								
	9 9 9			9 9 9			計機 花子		計機		昭 平 4 7 0 5 0 1						
	⑤被保険者（請求者）の住所			〒102-0083 東京都千代田区麹町1-8-5						電話 03(3264)4331							
	⑥事業所の名称			㈱計機健康保険製作所													
	⑦出産した日			平成	2	9	0	3	3	1	⑧生産児数	1	⑨死産児数		⑩死産のとき 妊娠経過機関	か月 週	死産
	⑪被扶養者が出産したための 請求である時は、その者の			(a) 氏名				(b) 生年月日	昭和 平成			年	月	日	続柄		
	⑫出生児の氏名			フリガナ ケイキ サクラ 計機 さくら				⑬被保険者と 出生児の関係			長 女						
	⑭出生児が被保険者の 被扶養者であるか			ある・ない			⑮出生児が被保険者の被扶養者で ない時は、その理由			夫の扶養に入っているため							
	⑯入院して出産した時は、 その病院・産院の			(c) 名称	計機産婦人科医院			(d) 所在地	東京都千代田区 麹町5-8-1								
	⑰直接支払制度の有無			有・無													
	⑱資格喪失後、家族の被扶養者となったとき、または国 民健康保険に加入している時は、その被保険者証の			⑲被扶養者が被保険者であった場合 は、その当時の被保険者証の													
	⑳			保険者の 名称	所在地												
				記号・番号	—			加入期間	年 月 日～ 年 月 日								
				被保険者名	その他												
	備考欄			被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、こちらへ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、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。)													

(1) 医師・助産師の証明	出産した年月日	平成 29 年 3 月 31 日	(f) 生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 か月・ 週)	
	(e) 出生児の数	単胎・多胎 (児)	備 考		
	(g) 上記のとおり相違ないことを証明する。			平成 29 年 4 月 5 日	
所在地		東京都千代田区麹町5-8-1		計機産婦人科 計機産子印	
職名 (医 師)	名称	計機産婦人科医院			
	氏名	計機 産子			
(2) 市区町村長の証明	本 籍			筆頭者氏名	
	出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	平成 年 月 日
	(h) 上記のとおり相違ないことを証明する。			印	
市区町村長名					

委 任 状 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			※支給区分	
	(3) 被保険者の 氏名 (請求者)	計機 花子		平成 29 年 4 月 10 日	※受付印
(4) 受領代理人の氏名	住所	東京都千代田区麹町8-5-1		計機健康 保険製作 所 新委 印	
	氏名	健保口 ㈱計機健康保険製作所			
(5) 振 込 先 欄	◎被保険者（請求者）の個人口座に振込を希望する場合に記入。(委任状は不要)				
	銀行	支店			
	信金				
普通・当座	フリガナ				
口座番号	口座名義				

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---

[記入上の注意]

1. 表題の「被保険者」と「家族」の別、及び④、(1)の(e)(f)の欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。
2. ①欄は健康保険の被保険者証の記号・番号を記入して下さい。
3. ②欄を被保険者が自署した場合に限り、③欄の押印の必要はありません。但し、(3)の印は必ず押して下さい。尚、③(3)欄は同一印を押して下さい。
4. 各欄の印ははっきりと押して下さい。また、訂正箇所には各記入者と同じ印を押して下さい。
5. ⑬欄には被保険者よりみた続柄を「長男」「二女」等、具体的に記入して下さい。
6. ⑰欄は直接支払制度の有無を記入して下さい。
7. ⑳欄は㉘㉙に該当する場合に記入し、電話番号がわかれば「その他」欄に記入して下さい。また、保険者の名称、所在地が不明な場合は会社名と所在地を記入して下さい。該当しない場合は「その他」欄に「該当せず」と記入して下さい。
8. (1)医師・助産師の証明、(2)市区町村長の証明は、どちらか一方で証明を受けて下さい。
9. 医療機関等が発行する出産費用の内訳が記載された明細書（写）を必ず添付して下さい。
10. 請求書、証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
11. (1)の(f)欄の「死産」の文字が○で囲まれている場合は、妊娠何か月目、何週目の死産であるかを（ ）内に記入してもらって下さい。
12. 在職中の請求であれば「委任状欄」の(3)欄に被保険者（請求者）の氏名、(4)欄に受領代理人の氏名を記入し、それぞれ押印して下さい。
13. 被保険者（請求者）の個人口座に振込を希望する場合は(5)欄に振込先を記入して下さい。
14. 備考欄は、記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合のみマイナンバーを記入して下さい
なお、マイナンバーで申請する場合は、本人確認書類等が必要になります。