

※合意文書(写)および領収書(写)を添付して下さい。

## 健康保険

被保険者 出産育児一時金 請求書  
家族 出産育児付加金

(注意事項)

◎「※」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等の 記号	1 2 3 4	② 被保険者の 氏名	木材 太郎			㊞
	番号	5 6 7 8					
	③ 被保険者の 住所	〒 135 - 0000		TEL	03 ( 9999 )	9999	
	被保険者の勤務する(していた)事業所の 名称	〇〇木材 株式会社					
	事業所の 所在地	〒 135 - 0000		TEL	03 ( 1234 )	5678	
	④ 分べんした年月日	令和 ○ 年 8 月 # 日	⑤ 生産児数	⑥ 死産児数	⑦ 死産のときはその旨	⑧ 妊娠経過期間	カ月 週
	入院して分べんしたときは、その病産院の 名称	〇〇産婦人科医院					
	所在地	東京都江東区〇〇 ×-×					
	家族が分べんしたための請求であるときはその方の 氏名	④ 木材 花子		⑦ 生年月日	昭和 平成 12 年 10 月 11 日生		
	⑦ 出生児の氏名	木材 大樹		⑧ 被保険者と出生児の続柄	長男		
資格喪失後、家族の被扶養者となったときは被保険者証の 被扶養者が被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の	被保険者名		被保険者名	記号番号			
備考			〇〇健康保険	12-345			

◎請求の際に今一度確認を！書きもれないか、印もれないか

窓口で出産費を全額支払い後、請求する場合は下記に証明が必要です。  
直接支払制度を利用した場合は下記の証明は不要です。

令和 ○ 年 10 月 10 日 提出

医師・助産師が証明する場合	⑨ 分べんした年月日	令和 ○ 年 8 月 10 日	⑩ 生産または死産の別	⑩ 生産 死産(妊娠) 月 週
	⑦ 出生時の数	⑪ 単児・多児(児)	備考	
	⑫ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 ○ 年 8 月 20 日 医療施設の名称・所在地 〒 000 - 0000 東京都江東区〇〇 ×-× 〇〇産婦人科医院 医師・助産師名 助産 花子 ㊞ TEL 00 ( 0000 ) 0000			
	⑭ 本籍	東京都 江東区	⑮ 筆頭者氏名	木材 太郎
市長が証明する場合	⑯ 出生届出日	令和 ○ 年 8 月 22 日	⑰ 出生児氏名	木材 大樹
	⑱ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 ○ 年 8 月 22 日 区市町村長名 江東区長 ○〇 ○〇 ㊞ TEL 000 ( 0000 ) 0000			

東京都木材産業健康保険組合

※ 受付日付印

振込先金融機関	〇〇 銀行	△△ 本店
	信用金庫	支店
	預金種類	口座番号
① 普通 4.貯蓄	1234567	モクザイ タロウ

支払予定日