

届書コード	届書
3	2
1	

健康保険被保険者配偶者出産育児一時金請求書

社会保険委員
の点検済印

被保険者証の記号・番号	④ 生年月日	⑤ 被扶養者番号	⑥ 給与記録番号	⑦ 受取代理人	⑧ 受付年月日
① ② ③	1:明 3:大 5:昭 7:平	※	※	※ 0:無 1:有	※ 年 月 日
被保険者(請求者)の氏名と印	フリガナ	事業所の名称	⑦ 所在地		
被保険者(請求者)の住所	⑩ 郵便番号	フリガナ	(電話番号)		
配偶者が分べんしたための請求であるときは、その者の氏名	⑦ 氏名	⑨ 生年月日	昭和 年 月 日生		
⑫ 分べんした年月日	年 月 日	⑬ 生産児数	⑭ 死産児数	⑮ 死産のときはその旨	⑯ 妊娠経過期間
入院して分べんしたときは、その病産院の名称	⑥ 名称	⑦ 所在地			
⑮ 出生児の氏名	フリガナ	⑦ 被保険者と出生児の続柄			
⑰ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	⑱ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由			
⑲ 法第69条の7被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)	円	⑲ 調整減額コード	⑲ 海外表示	⑲ 特別支給コード	(備考)
⑲ 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の	保険者名・	⑲ 海外表示	0:国内 1:海外	⑲ 特別支給コード	
⑲ 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	記号及び番号	⑲ 海外表示	0:国内 1:海外	⑲ 特別支給コード	

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

⑲ 分べんした年月日	年 月 日	⑲ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠)	ヵ月週
⑲ 出生児の数	単胎・多胎(児)	備考		
⑲ 上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日				
医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名				
⑲ 本籍	⑲ 筆頭者氏名			
⑲ 出生届出日	令和 年 月 日	⑲ 出生児氏名	⑲ 出生年月日	令和 年 月 日
⑲ 上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日				
区市町村長名				

⑲ 支払金融機関の欄	⑲ 支払区分	⑲ 預金種別	⑲ 口座名義	⑲ 郵便局
⑲ 金融機関コード	1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	⑲ 口座名義	⑲ 郵便局
⑲ 口座番号				

受取代理人の欄	⑲ 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。 年 月 日	⑲ 住所 被保険者(請求者)氏名
⑲ 代理人の氏名と印	フリガナ	⑲ 委任者と代理人との関係
⑲ 代理人の住所	⑲ 郵便番号	フリガナ
⑲ 住所コード	※	

年 月 日提出
受付日付印

社会保険労務士の提出代行印	⑲
---------------	---