

健康保険 被保険者  
家族

出産育児一時金 支給申請書

【直接支払制度を使用しない方】

提出日 年 月 日

被保険者（申請者）情報	被保険者証の 記号・番号	記号 番号 —	生年月日	年 月 日
	被保険者 (申請者) の氏名	フリガナ		
	住 所	(〒 — ) TEL ( )		

申	出産した者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	家族の場合は その方の氏名等	フリガナ	生年月日	年 月 日
請	出 産 日	年 月 日	出 産	生産 死産 生産・死産混在
	「出産」の場合 出産児数	人	「死産」の場合 死産児数	人 満 週
	出生児の氏名			
	出産した 医療機関等	名 称	所在地	
内	出産した方	● 被保険者 ⇒ 退職後6か月以内の出産ですか？ ● 家 族 ⇒ ローソン健保に加入後6か月以内の出産ですか？		はい いいえ
	はいの場合、ご記入してください。	● 被保険者 ⇒ 現在加入している健康保険組合について ● 家 族 ⇒ ローソン健保加入前に加入していた健康保険組合について		健 保 等 の 名 称
				記号・番号
	上記、今回の出産について他の健康保険組合等より出産一時金を	受けた / 受ける予定 ・ 受けない		
容	金融機関 名 称	銀行 本店 営業部 金庫 支店 出張所		
	種 別	普通預金	口座番号	
	口座名義	カナカタ		

証明欄（いずれかにご記入してください）	医師・助産師による証明	出産者氏名	生年月日	年 月 日
		出生児の数	単胎・多胎( 児)	生産・死産の別
		生産	死産(妊娠 週)	
	上記の通り相違ないことを証明する。		医療施設の所在地	
			医療施設の名称	
			医師・助産師の氏名	
	年 月 日			
市町村長による証明 (生産)のみ	本 籍	筆頭者氏名		
	母の氏名	出生児 氏名	生年月日	年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明する。		市町村長名	
	年 月 日			