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 2023 年 4 月 20 日

被保険者（申請者）情報

被保険者等の記号・番号	記号 1 8 － 番号 5 6 7 8	生年月日	1990 年 1 月 1 日
被保険者（申請者）の氏名	フリガナ ケ ン ポ サ ブ ロ ウ 健 保 三 郎		
住所	（〒 1 4 1 － 1 2 3 4 ） 東京都品川区品川１－１－１ TEL 03-1234-5678		

申請内容

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 ケ ン ポ モ ト コ 健 保 元 子	生年月日	1992 年 2 月 2 日
出産日	2023 年 4 月 3 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
「死産」の場合 妊娠経過日数	満 週		
出生児の氏名	健 保 春 美		
出産した医療機関等	名称：オオサキ産婦人科医院	所在地：〒 1 4 1 － 2 3 4 5 東京都品川区大崎２－２－２	
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等について ● 家 族 ⇒ ローソン健保加入前に加入していた健康保険組合等について		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育児一時金を		受けた・ 受ける予定・受けない	
金融機関名称	ゆうちょ 銀行 金庫 ０一八 本店 営業部 支店 出張所		
種別 普通	口座番号 3 3 3 3 3 3 3		
口座名義	カタカナ ケ ン ポ サ ブ ロ ウ		

証明欄（いずれかに証明をもらってください）

医師・助産師による証明

出産者氏名		分娩日	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

年 月 日

医師・助産師の氏名

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