

被 保 険 者
家 族

出 産 育 児 一 時 金 (付 加 金) 請 求 書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の	記号 番号	事業所の名称	
	被 保 険 者 の	氏 名		生 年 月 日
	被 扶 養 者 が 出 産 し た た め の 請 求 で あ る と き は、氏 名・生 年 月 日	氏 名		生 年 月 日
	出 産 し た 場 所	医療施設等の名称		
		医療施設等の所在地		
	出 産 し た 年 月 日	令 和 年 月 日	死産のとき はその旨	
	出 生 児 の 氏 名			被保険者と 出生児の続柄
	出 生 児 が 被 扶 養 者 で あ る か ど う か	ある・ない	出生児が被保険者の被扶養者 でないときはその理由	
	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		記号・番号
	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	保 険 者 名		記号・番号
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 千 被保険者の 住 所 氏 名 印 横浜港運健康保険組合理事長 殿				

委 任 状	令和 年 月 日	
	表記請求金額の受領を事業所の被委任者へ委任します。	
	被委任者氏名	印
	被保険者氏名	印

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	出 産 し た 年 月 日	令 和 年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月 又は第 週)
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	備 考	
	上記のとおりし相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 印			
	本 籍			筆 頭 者 氏 名
	出 生 届 出 日	令 和 年 月 日	出 生 児 氏 名	出 生 年 月 日 令 和 年 月 日
上記のとおりし相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市 区 町 村 長 名 印				

支 払 金 融 機 関	銀 行		本 店
	信 用 金 庫		支 店
	預 金 の 種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 名
普 通 ・ 当 座		(カタカナで記入願います)	
			受付日付印