

提出ルート:被保険者→事業主→健保
(任意継続被保険者・資格喪失者は直接 健保へ)

同年月日 年 月 日 常務理事 事務長 担当 担当				資格 得 年 月 日 喪 年 月 日	支給金額					
					支給額					

被保険者 家族 出産育児一時金請求書

1 標題の「被保険者・家族」は該当する方を○で囲んでください。
 2 この請求書に医師等の証明印がない場合は出生を証明できる住民票の写し等を添付してください。
 3 出生児が被保険者の被扶養者となる場合は被扶養者届も提出してください。

被保険者が記入するところ	被保険者の記号番号	被保険者の所属・氏名		部 課 / 主査			
	被保険者の現住所	〒 電話					
	事業所の名称						
	分娩年月日	令和 年 月 日生	死産のときはその旨				
	入院して分娩したときはその病・産院の名称	所在地					
	分娩した家族の氏名	生年月日	昭平令 年 月 日生				
	出生児の氏名	続柄	出生児は被保険者の被扶養者で	ある・ない			
	出生児が被保険者の被扶養者でない時は、その理由						

医師・助産婦又は市町村が証明するところ	分娩年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)			
	分娩に関し健康保険で入院の有無	有・無	健康保険で給付される入院の期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		
	出生児の数	単胎・多胎(児)	備考				
	上記のとおり相違ないことを証明する。(医療機関住所・名称はゴム印を使用してください)						
	令和 年 月 日 医療機関住所・名称 医師・助産婦署名(自筆)						
	本 籍						
	出生届日	令和 年 月 日	筆頭者氏名				
	出生年月日	令和 年 月 日	出生児氏名				
上記のとおり相違ないことを証明する。							
令和 年 月 日 市区町村長名 (印)							

受取代理	請求者	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日			
	受取代理人	被保険者(請求者)署名(自筆)			
		代理人の住所	(〒 -) (ゴム印使用)		
	代理人の氏名				

※(株)SUBARU期間従業員等、代理受取の対象とならない方は下記へご記入ください。

振込口座	金融機関	銀行名	銀行・信金 信組				店・本店 支店・出張所
	(ゆうちょ銀行・ネット銀行は不可)	銀行番号	店 番 号				
	預金種別 1:普通 2:当座	口座番号	(フリガナ) 口座名義				

任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座欄の記入は不要です。