被保険者　　# 出産育児一時金請求書　　記入例　被保険者

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません　　提出日　令和　△　年　△　月　△　日

※健康保険の記号・番号は「資格確認」や「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」にてご確認ください
※直接支払制度を利用された方で付加金や差額があった場合、自動で健保から給付されますので申請は不要です

≪申請・交付ルート≫	お勤めの被保険者	被保険者　→　勤務先総務部門　→　健康保険組合　→　被保険者
	任意継続・特例退職被保険者	任意継続・特例退職被保険者　→　健康保険組合　→　任意継続・特例退職被保険者

被保険者が記入するところ

記号・番号	記号	0000	被保険者の氏名	健保　花子
	番号	0000000	生年月日	(昭和)・平成　△△年　△月　△日
被保険者の住民票住所	〒　○○○　－　○○○○　　TEL　△△△　－　×××－○○○○ ○県○市○町△－○－×			
事業所名（部課・店名）	○（株）○○サービスセンター　　TEL　△△△　－　×××－○○○○ ※特例退職・任意継続の方は記入不要です。　　（内線　××××）			
資格取得日	(昭和)・平成・令和　△年　4月　1日		資格喪失日	令和　年　月　日
分娩年月日	令和　△年　3月　20日		生産・死産の別	(生産)・死産　（　週）
			新生児の数	(単胎)・多胎　（　児）
出生児の氏名	フリガナ　ケンポ　イチロウ　／　姓　健保　名　一郎		続柄	長男
	※双子以上の場合も一枚の請求書で提出可 ※死産・流産・人工妊娠中絶の場合、氏名の記載は不要			

被保険者が出産した場合

ホンダ健保資格喪失後に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について

健康保険組合等の名称	被保険者氏名	記号-番号
TEL　－　－		

家族が出産した場合

氏名	フリガナ		続柄	生年月日	扶養認定日
	姓	名		(昭和)・平成　年　月　日	年　月　日

扶養認定日から６ヶ月以内に出産した場合、以前加入していた健康保険について

健康保険組合等の名称	記号－番号	加入時の氏名	加入期間
TEL　－　－			年　月　日　～ 年　月　日　ヶ月

送金先金融機関名（被保険者の口座）

○○○○　(銀行)・金庫・農協　○○　支店
金融機関コード（　○○○　）　支店コード（　○○　）

口座番号　（普）○○○○○○○
フリガナ　ケンポ　ハナコ
口座名義　健保　花子

※ゆうちょ銀行を選択された方は、預金通帳の表紙裏のコピー（記号・番号の印字されている面）を添付してください
※特例退職・任意継続の方は登録口座に振込しますので、口座欄は記入不要です

医師・助産師が証明するところ

分娩年月日	令和　△年　3月　20日	生産又は死産の別	(生産)・死産　週	出生児の数	(単胎)・多胎　児

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

令和　△　年　△月　△日

医師又は助産師の　所在地　○○県○市○○町△－△－△
名称　○○産婦人科医院
氏名　○○　○○

TEL　○○○－×××－△△△△

市区町村長が証明するところ

本籍				筆頭者名		
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

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

令和　年　月　日　　市区町村長名

TEL　－　－

添付書類等

1. 合意文書のコピー（医療機関から交付される代理契約に関する文書）
2. 領収・明細書のコピー
   ※産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は、所定のスタンプ捺印のこと
3. 医師・助産師の証明、又は市区町村どちらかの証明　とれない場合は住民票（続柄省略不可・コピー可）を添付
   ※死産の場合は医師の証明

＜海外で出産した場合＞　a. 海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行うことの同意書
b. 出生の事実を証明するもの（出生証明書は海外在住者に限り写しでも可）c. 領収書・明細書の写し（発行されない場合は理由を余白に記入）
d. 出産した方が海外に渡航したことが確認できる書類（パスポートの写真のページと出入国スタンプのページ、もしくは航空券）の写し
e. 上記書類が外国語で書かれている場合はその翻訳（翻訳した日付、翻訳者の住所、氏名、自筆でない場合はｻｲﾝ又は押印が必要）

産科医療補償制度加入機関

受付日付印

ホンダ健康保険組合

R7.10改訂

家族

出産育児一時金請求書

記入例　家族

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

提出日　令和　△　年　△　月　△　日

※健康保険の記号・番号は「資格確認」や「マイナポータル」にてご確認ください
※直接支払制度を利用された方で付加金や差額があった場合、自動で健保から給付されますので申請は不要です

#REF!	お勤めの被保険者	被保険者　→　勤務先総務部門　→　健康保険組合　→　被保険者
	任意継続・特例退職被保険者	任意継続・特例退職被保険者　→　健康保険組合　→　任意継続・特例退職被保険者

被保険者が記入するところ

記号・番号	記号	0000	被保険者の氏名	健保　太郎
	番号	0000000	生年月日	(昭和)・平成　△△年　△月　△日
被保険者の住民票住所	〒　○○○　－　○○○○ ○県○市○町△－○－×		TEL　△△△　－　×××－○○○○	
事業所名（部課・店名）	○（株）○○サービスセンター ※特例退職・任意継続の方は記入不要です。		TEL　△△△　－　×××－○○○○ （内線　××××）	
資格取得日	(昭和)・平成・令和　△年　4月　1日		資格喪失日	令和　年　月　日
分娩年月日	(令和)　△年　3月　20日		生産・死産の別	(生産)・死産（　週）
			新生児の数	(単胎)・多胎（　児）
出生児の氏名	フリガナ　ケンポ　イチロウ 姓　健保　名　一郎	続柄　長男	※双子以上の場合も一枚の請求書で提出可 ※死産・流産・人工妊娠中絶の場合、氏名の記載は不要	

被保険者が出産した場合

ホンダ健保資格喪失後に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について

健康保険組合等の名称	被保険者氏名	記号-番号
TEL　－　－		

家族が出産した場合（該当する場合、必ず記入してください）

扶養認定日から６ヶ月以内に出産した場合、以前加入していた健康保険について

氏名	フリガナ	続柄	生年月日	扶養認定日
	ケンポ　ハナコ			
	姓　健保　名　花子	妻	平成　△年　8月　3日	令和　△年　1月　1日

健康保険組合等の名称	記号－番号	加入時の氏名	加入期間
△健康保険組合 TEL　×××　－　○○　－　△△△△	100・○○○		平成　△年　4月　1日　～ 令和　△年　12月　31日　5年　8カ月

送金先金融機関名（被保険者の口座）

○○○○　(銀行)・金庫・農協　○○　支店

金融機関コード（　○○○　）　支店コード（　○○　）

口座番号　（普）○○○○○○○

フリガナ　ケンポ　タロウ

口座名義　健保　太郎

※ゆうちょ銀行を選択された方は、預金通帳の表紙裏のコピー（記号・番号の印字されている面）を添付してください
※特例退職・任意継続の方は登録口座に振込しますので、口座欄は記入不要です

医師・助産師が証明するところ

分娩年月日	令和　△　年　3　月　20　日	生産又は死産の別	(生産)・死産　週	出生児の数	(単胎)・多胎　児

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

令和　△　年　△　月　△　日

医師又は助産師の　所在地　○○県○市○○町△－△－△
名称　○○産婦人科医院
氏名　○○　○○

TEL　○○○―×××―△△△△

市区町村長が証明するところ

本籍				筆頭者名		
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

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

令和　年　月　日　　市区町村長名

TEL　－　－

添付書類等

1. 合意文書のコピー（医療機関から交付される代理契約に関する文書）
2. 領収・明細書のコピー
   ※産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は、所定のスタンプ捺印のこと
3. 医師・助産師の証明、又は市区町村どちらかの証明　とれない場合は住民票（続柄省略不可・コピー可）を添付
   ※死産の場合は医師の証明

＜海外で出産した場合＞　a. 海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行うことの同意書
b. 出生の事実を証明するもの（出生証明書は海外在住者に限り写しでも可）c. 領収書・明細書の写し（発行されない場合は理由を余白に記入）
d. 出産した方が海外に渡航したことが確認できる書類（パスポートの写真のページと出入国スタンプのページ、もしくは航空券）の写し
e. 上記書類が外国語で書かれている場合はその翻訳（翻訳した日付、翻訳者の住所、氏名、自筆でない場合はｻｲﾝ又は押印が必要）

産科医療補償制度加入機関

受付日付印

ホンダ健康保険組合

R7.10改訂