

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金 支払依頼書

電子申請用

被保険者・医師・市区町村長記入用

被保險者氏名

記入方法については、「記入の手引き」をご確認ください。

※医療機関等から交付されている領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記入されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記入されている場合は以下の証明は必要ありません。

医師・助産師による証明																
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(“)、半濁点(“)は1字としてご記入ください。															
出産者氏名(カタカナ)																
出産年月日	令和			年			月			日						
出生児数		人				死産児数		人				死産の場合の妊娠日数				日
上記のとおり相違ないことを証明します。																
医療施設の所在地																
医療施設の名称																
医師・助産師の氏名																
電話番号																

本籍													筆頭者氏名
市区町村長による証明(生産の場合のみ)	<input type="text"/>												
母の氏名(カタカナ)													
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。													
母の氏名													
出生児数	<input type="text"/> 人	出生年月日			令和	<input type="text"/> <input type="text"/> 年	<input type="text"/> <input type="text"/> 月	<input type="text"/> <input type="text"/> 日					
出生児氏名													
上記のとおり相違ないことを証明します。													
市区町村長名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 印			令和	<input type="text"/> <input type="text"/> 年	<input type="text"/> <input type="text"/> 月	<input type="text"/> <input type="text"/> 日						

6	2	1	2	1	2	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---



全国健康保険協会
協会けんぽ

(2026.1)