健康保険　被保険者・家族　出産育児一時金・付加金請求書

※保険証の記号・番号を記入

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号番号	記号 1 / 番号 1234	被保険者資格取得日	平成 / 令和　年 ○○ 月 10 日 01
被保険者資格喪失日（喪失後の場合）	平成 / 令和　年　月　日		
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ 健保　太郎	被保険者住所	〒 123-4567 東京都○○区○○1-2-3 ○○マンション405号室
生年月日	昭和・平成　50 年 5 月 15 日		電話　（　）
事業所名及び電話	○○○○事業所	電話 03 （ 1234 ） 5678	社員・職員コード 123456
被扶養者の出産である場合はその者の氏名	健保　花子	被保険者と出産した者の続柄	妻
出産の日	平成 / 令和　年 01 月 10 日 01		
出生児の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ｹﾝﾎﾟ ﾊﾅﾐ 健保　花美	被保険者と出生児の続柄	長女
出生児が被保険者の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	
①資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、現在の保険証の保険者名・電話番号・記号・番号について ②被扶養者が出産した日の半年前に被保険者であった場合は、その当時の、保険者名・電話番号・記号・番号について	保険者名	（　）社会保険事務所 （　）国民健康保険 （　）健康保険組合	
	電話番号		
	記号	番号	

※６ヶ月以内の資格取得・喪失の異動がある人は、記入してください

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

出産年月日	平成・令和　年　月　日	生産又は死産の別	生産・死産
週数	妊娠第　月又は第　週		
出生児の数	単胎・多胎（　児）	備考	

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

医療施設名の名称・所在地

医師・助産師名　　電話　（　）

※医師・助産師またはお住いの市区町村の証明が必要です

筆頭者氏名		本籍地	
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する。

令和　年　月　日

市区町村長名

※生産の場合でも、必ず週数をご記入ください。

支払金融機関

○○○○	銀行 / 信用金庫 / 信用組合	××	本店 / 支店
支店番号	1 2 3	普通・当座	口座番号（右づめ） 0 0 1 2 3 4 5
名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ）	ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ 健保　太郎		

※被保険者名義の口座を記入

PwC健康保険組合

令和　○○年○○月○○日提出
受付日付印

※被保険者名義の口座を記入して下さい。

※ 医師・助産師又は市区町村長どちらかの証明をとってください。
※ 分娩機関が発行する領収書のコピー（産科医療補償制度加入医療機関等においては証明印を押印したもの）を必ず添付してください。
※ 医師・助産師による週数の証明がない場合は、母子手帳の記載ページのコピーを添付してください。
※ 分娩機関等から交付される直接支払制度の利用の有無に関する合意文書のコピーを添付してください。