

被 保 険 者  
家 族

出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

※ 出産した病院、診療所等の医療施設から発行された領収証の写しを必ず添付してください。

被 保 険 者 証 の 記 号・番 号	70 -		事 業 所 の 名 称	株式会社鹿児島銀行 室・部・課・店	
被 保 険 者 の 氏 名			被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	
出 産 年 月 日	平成 令和 年 月 日		死 亡 の と き は その 旨		
① 出 産 し た 場 所 (医 療 施 設 等)	名 称				
	所 在 地				
② 被 扶 養 者 の 出 産 で ある と き は そ の 氏 名・生 年 月 日			昭 和 平 成 令 和	年 月 日	
③ 出 生 児 の 氏 名			④ 出 生 児 の 生 年 月 日	平 成 令 和 年 月 日	
出 生 児 が 被 扶 養 者 か ど う か	被 扶 養 者 で	あ る な い	出 生 児 が 被 扶 養 者 で な い と き は そ の 理 由		
⑤ 他 制 度 か ら 給 付 を 受 け て い る か ど う	受 け て い る		受 け て い な い		
振 込 先	店 名	種 目	口 座 番 号		口 座 名 義 (被 保 険 者 本 人)
		普 通	No.		(フリガナ)
⑥ 備 考					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

鹿 児 島 銀 行 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿

〒

住 所  
被 保 険 者 の  
氏 名

医師証明欄					
出 産 年 月 日	平 成 令 和 年 月 日	生 産・死 産 の 別 (い ず れ か を ○ で 囲 む)	生 産 死 産 (妊 娠 第 月 又 は 第 週)		
出 産 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )				

上記のとおり相違ないことを証する。

令和 年 月 日

医 療 施 設 の 名 称・所 在 地

医 師 名

# 記入上の注意

1. 標題は、被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは「家族」を○印で囲んでください。
2. ①欄の出産した場所は、出産した病院、診療所等の医療施設名を記入してください。  
なお、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。
3. ②欄は、被保険者の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ③・④欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名等を記入してください。  
(記入しきれない場合は、⑥欄を使用してください。)
5. ⑤欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金・家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
6. ⑥欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、  
生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などの  
ことを記入してください。
7. 医師等の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、  
住所等を記載したもの)を添付してください。

※【医師の証明に代えて「出生届受理証明書(原本)」の提出でも結構です。】

※【出産した病院、診療所等の医療施設から発行された領収書の写しを必ず添付してください。】

※ ご不明の点は健康保険組合へお問い合わせください。

【連絡先】 TEL. 099-239-9773  
内線: 本店別館 620~623