

健康保険 被保険者 被保険者 出産育児一時金・同付加金申請書

年 月 日提出

○この申請は、「直接支払制度」「受取代理制度」を利用しない場合です。

○記入の方法は裏面を参照してください。

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	記号 番号			② 被保険者(申請者)氏名					
	③ 被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日	④ 事業所名				
	⑤ 被保険者(申請者)の現住所	〒		電話(日中の連絡先) ()						
	⑥ 被扶養者が出産した申請であるときは、その方の	氏名		続柄		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	⑦ 出産した年月日	令和	年	月	日	⑧ 死産のときはその旨				
	⑨ 出生児の氏名					⑩ 被保険者と出生児の続柄				
	以下のいずれかに該当する場合、右欄に記入してください					保 険 者	名 称			
						電話番号	()			
	⑪ ア、被扶養者に認定されてから6ヶ月以内の出産で、あるときは、被扶養者になる前の被保険者証の資格喪失後の被保険者出産育児一時金のイ、申請であるときは、現在の被保険者証の					記号・番号	-			
						被保険者氏名				

医師・助産師または区市町村長が記入するところ	⑫ 出産した年月日	令和	年	月	日	⑭ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週の死産*)	
	⑬ 出生児の数	単胎	・	多胎(児)			*死産の場合は在胎週数も必ず記入してください。	
	上記のとおり相違ないことを証明する。							令和 年 月 日
	⑮ 医療機関等の名称・所在地 〒							
	医師・助産師名							電話 ()
	⑯ 本籍					⑰ 筆頭者		
⑱ 出生届出日	令和	年	月	日	⑲ 出生児氏名	⑳ 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	
㉑ 区市町村長名					㉒	電話 ()		

⑳ 振込口座	金融機関コード		金融機関名		銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所
	口座名義	(フリガナ)			預金種別	支店番号
				普通 当座		

*被保険者(申請者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

㉓ 委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						
	令和 年 月 日						
	被保険者(申請者)	住所					
		氏名	㉔				
	受領代理人	住所					
	氏名	㉕ (被保険者の㉔と別の㉕を押してください)					
	委任者と代理人との関係		電話 (日中の連絡先)	()			

東京金属事業健康保険組合
受付日付印

㉔	この出産にかかる出産費資金の貸付を(社)東京都総合組合保健施設振興協会長から受けているかどうか	1. 受けている	出産費資金の貸付を受けたときは、その受領日と受領額を記入してください	受領日	年 月
		2. 受けていない		受領額	