

# 健康保険 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	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	
	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	( )
	⑨		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	⑩ 出産した年月日	令和	年 月 日	⑫ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週の死産*)
	⑪ 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				
	⑬ 医療機関等の名称				
	所在地 〒 医師・助産師名 電話 ( )				
⑭ 本籍			⑮ 筆頭者		
⑯ 出生届出日	令和	年 月 日	⑰ 出生児氏名	⑱ 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					
⑲ 区市町村長名 印 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。

㉑ 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	印	
	受領代理人	住所		
		氏名	印 (被保険者の㉑と別の印を押してください)	
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

㉒	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 2. 受けていない	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
				受領額	