

記入例

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・同付加金請求書

平成 年 月 日提出

○ 記入の方法は裏面を参照してください
 ○ 本請求に関する給付金の受領を代理人に委任する場合は必ず②④委任状欄に③に押印した印鑑を使用してください

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号 番号	184 18	② 被保険者氏名	金田 健太郎	③	
	④ 被保険者の生年月日	昭和 54年 9月 10日 平成	⑤ 事業所名	〇〇事業(株)		
	⑥ 被保険者(請求者)の現住所・電話番号	〒105-0000 港区〇〇町9-3-1		電話 03(0000)0000		
	⑦ 被扶養者が出産した請求であるときは、その方の氏名	金田 恵子	生年月日	昭和 55年 2月 9日 平成		
	⑧ 出産した年月日	平成 20年 5月 7日	⑨ 死産のときはその旨	該当せず		
	⑩ 出生児の氏名	カナダ ケンイチ 金田 健一	⑪ 被保険者と出生児の続柄	長男		
	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	〇〇健康保険組合		
	⑫ 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請求であるときは、現在の被保険者証の		電話番号	03(0000)0000		
			記号・番号	2765 - 3325		
			被保険者氏名	大田 恵子		

医師・助産師または区市町村長が記入するところ	⑬ 出産した年月日	平成 20年 5月 7日	⑮ 生産または死産の別	生産	死産(妊娠 週の死産)	
	⑭ 出生児の数	単胎	多胎(児)	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 20年 6月 20日		
	⑯ 医療施設の名称・所在地	△△産婦人科医院 〒105-0000 港区〇△町1-3-6		電話 03(0000)0000		
	医師・助産師名	〇〇〇子				
	⑰ 本籍			⑱ 筆頭者		
	⑲ 出生届出日	平成 年 月 日	⑳ 出生児氏名	㉑ 出生年月日		平成 年 月 日
⑳ 上記のとおり相違ないことを証明する。		区市町村長名		電話 ()		

⑬ 振込口座	〇× ()	銀行	口座の種類	店番号	口座番号 右詰めでご記入ください	フリガナ	カナダ ケンタロウ
	〇〇 ()	支店	普通・当座	1988891984	名義	金田 健太郎	

被保険者(請求者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

⑭ 委任状	被保険者(請求者)		本請求に基づく給付金の受領方を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日			
	住所					
	氏名		⑤ (③欄と同じ印を押してください)			
	郵便番号					
	住所					
	氏名		⑤		委任者と代理人との関係	
電話番号		()		(会社・自宅・携帯)		
平日昼間の連絡先						

東京金属事業健康保険組合
 受付日付印

⑮	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ただくか	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 平成 年 月
					受領額