健康保険　被保険者 家族　出産育児一時金・付加金 支給申請書

記載例

●ボールペン等の消えないペンでご記入ください。(鉛筆、消えるペンでの記入不可)

●ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

被保険者情報

① 被保険者等	記号 1234　番号 123	被保険者等記号・番号は①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかで確認し記入してください。		
② 氏名	(フリガナ) ケンポ　ハナコ 健保　花子		③ 生年月日	昭・(平)・令　1 年 2 月 3 日
④ 住所	〒 ○○ － ○○　東京 (都)・道・府・県 中央区△△　×ー×		⑤ 電話番号	○○ (○○○) ○○○○ ※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。
⑥ 事業所	名称 ○○土建株式会社 所在地 東京都中央区□□1-1-1		電話番号	00 (0000) 0000

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容

⑦ 出産した方(どちらかに✓)	✓ 被保険者　☐ 家族(被扶養者)					
⑧ 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 昭・平・令　年　月　日	続柄 (　　)			
⑨ 出産した年月日	令和 5 年 4 月 18 日	⑩生産児数 1 人	⑪死産児数　人	⑫死産のとき(妊娠経過期間)	週　日	
⑬ 出産した医療機関等	名称 ○○病院	所在地 東京都中央区△△　×ー×				
⑭ 他の健康保険などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入していた(いる)場合	▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。				
添付書類	○直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書のコピー ○「出産日」・「出生児数」・「代理受取額」の記載がある出産費用の明細書コピー (例:出産費用明細書、分娩費用明細書等) ○「産科医療保障制度加入機関」のスタンプが押されている領収書等のコピー(上記、出産費用の明細書等に押されている場合は不要)					

証明欄

▸ 医師・助産師による証明の場合

出産年月日	令和　年　月　日	生産児数	単胎・多胎(　児)
生産又は死産の別	生産・死産(妊娠　週　日)		

上記のとおり相違ないことを証明する。
令和　年　月　日

医療機関の所在地・名称

医師・助産師の氏名

▸ 市区町村長による証明の場合(生産のみ)

本籍				筆頭者氏名	
母の氏名		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　印

「個人振込」「事業所払い」の**どちらかを**記入してください。

(通帳のコピー、キャッシュカードのコピー等)

☐ 個人振込(被保険者名義。口座確認のため、通帳等の口座情報が記載された部分のコピーを必ず添付してください。事業所払いの場合は記入不要です。)

支払金融機関

金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他(　　)	金融機関コード	預金種別	普通・当座・その他(　　)
	支店・本店・出張所 その他(　　)	支店コード	口座番号	
口座名義(カタカナで記入)				

☐ 事業所払い(個人振込の場合は記入不要です。)

委任状

被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記、受領責任者に委任します。　令和　年　月　日 氏名
給付金受領責任者	氏名

令和　年　月　日提出

組合受付印

東京都土木建築健康保険組合