

被 保 険 者

出産育児一時金・出産育児付支給申請書(直接支払以外用)

家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	123	番号	4567	事業所名(または勤務していた事業所名)		
	被保険者(申請者)氏名	フリガナ 氏 名	東食 二郎			(株)東食商事		
	被保険者(申請者)住所	〒	110-0001 東京都台東区南上野2-25-8			自宅電話番号	03-3833-5150	
	出産年月日	令和 3 年 1 月 30 日	死産のときはその旨					
	出産した方の氏名 生年月日	東食 花子 昭和・平成 3 年 1 月 1 日			出生児の氏名	東食 太郎 (第 1 子)		
	出生児が被保険者の被扶養者であるか	ある イ ない [理由]						
	被保険者が出産した時に記入				家族が出産した時に記入			
	被保険者資格取得日・喪失日より6ヶ月以内の出産の場合は				被扶養者に認定されてから6ヶ月以内の出産の場合は			
	取得日以前 又は 喪失日以降の 健康保険証の	記号	番号	健康保険の 名 称	記号	222	番号	1
		加入者氏名	加入者氏名	健康保険の 名 称	加入者氏名	銀座健康保険組合		
	加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者	健康保険証の	加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者			
	勤務先名	勤務先名					銀座株式会社	

◎◎◎
この医療機関等と交わされた同意文書の写しを添付してください。
医療機関等で作成された出生費用の領収・明細書の写しを添付してください。
記載された個人情報は支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日	令和 3 年 1 月 30 日	生産・死産の別	生産・死産
	出生児数	単胎・多胎 (児)	死産(妊娠 ヲ月または 週)	
	上記のとおり相違ありません。			
	医療機関の所在地	台東区 東上野 1-1-1	電話番号	03-3833-5152
	医療機関の名称	東食医院	医師・助産師名	東食 一郎
本 籍	筆頭者氏名			
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日
上記のとおり相違ありません。				
市区町村長名	電話番号			

◎ 市区町村長の証明は、出生届が出されている場合に限られます。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します	
	被保険者(申請者)氏名	東食 二郎
	事業所所在地	台東区南上野1-1-1
	事業主(代理人) 事業所名	(株)東食商事
	事業主名	東食 宏一

★個人振込の場合には、支払金融機関欄を記入してください。(受取代理人の欄は記入不要)

支 払 金 融 機 関	金融機関コード	支店番号
	銀行・金庫	本店・支店
	口座番号(普通・当座)	フリガナ 口座名義

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
<input checked="" type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

東京
都
食
品
健
康
保
険
組
合