

被保険者
家族

出産育児一時金・出産育児付加金支給申請書（直接支払用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	番号	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		
	被保険者(申請者)住所	〒		自宅電話番号 携帯電話番号
	出産年月日	令和 年 月 日	死産のときはその旨	
	出産した方の氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日	出生児の氏名	(第 子)
	出生児が被保険者の被扶養者であるか	ア 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
	加入者氏名	加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者	勤務先名

◎◎◎
医療機関等と
この申請書に
記載された合
意文書の領収
書・明細書の
写しを添付し
ていただくこ
とを要します
。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 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産
	出生児数	単胎・多胎 (児)	死産(妊娠 ヵ月または 週)	
	上記のとおり相違ありません。			
	医療機関の所在地	〒		電話番号
	医療機関の名称			
	医師・助産師名			
	本籍	東京都 区 町 丁目 番 号	妻頭者氏名	
	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

**直接支払制度の方は、
この欄の記入は、不要です。**

受 取 日 付 印	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	
		事業所所在地	事業主(代理人) 事業所名 事業主名

★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 欄	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。 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。
<input type="checkbox"/>	

東京
都
食
品
健
康
保
険
組
合