

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	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	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産	「死産」の場合、妊娠からの週数及び日数	(週)
	出生した方の氏名 生年月日				出 産 児 数	(第 人 子)			(日)
		昭和 ・ 平成 年 月 日							
	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 健康保険の	記号	番号	認定日以前の 健康保険の	記号	番号				
	健康保険の 名 称				健康保険の 名 称				
	加入者氏名				加入者氏名				
	加 入 区 分	自身・親の扶養者・夫の扶養者			加 入 区 分	自身・親の扶養者・夫の扶養者			
	勤 務 先 名				勤 務 先 名				

この申請書に記載されている個人情報等は、医療機関等で作成された出産費用の領収書・明細書にのみ利用し、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	出生した年月日	令 和	年	月	日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産	死産（妊娠 週 ）				
	出生児数	単 胎 ・ 多 胎 (児)			生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産	死産（妊娠 週 ）					
	上記のとおり相違ありません。							電話番号				
	医療機関の所在地											
	医療機関の名称											
	医師・助産師名											
本 籍	本 籍 地							事業主（代理人）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。							令和	年	月	日	電話番号
	市区町村長名											

直接支払制度の方は、
この欄の記入は、不要です。

受 付 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。			

東京
都
食
品
健
康
保
険
組
合