

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	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 (〇〇週) (△△日)			
	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			出産児数 (第 1 子)	1 人 (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		健康保険の 名 称		銀座健康保険組合			
	加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者		加入者氏名	東食 花子				
	勤務先名			加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者				
				勤務先名	銀座株式会社				

◎◎◎  
この医療機関等と  
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。  
この申請書に記  
載された個人情  
報は、領収書・  
支給決定書の写  
しを添付し、第  
三者には提供し  
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 週 )		
	上記のとおり相違ありません。			令和 3 年 1 月 31 日	電話番号	
	医療機関の所在地	台東区 東上野 1-1-1			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。			令和 年 月 日	電話番号		
市区町村長名						

◎ 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