

被 保 険 者

出産育児一時金・出産育児付加金支給申請書(直接支払用)

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) (株)東食商事
	被保険者(申請者)氏名 フリガナ 氏 名 東食 二郎	
	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 携帯電話番号
	出産年月日 令和 3 年 1 月 30 日	生産・死産の別 生産 (死産)
	出産した方の氏名 東食 花子 生年月日 昭和・平成 3 年 1 月 1 日	「死産」の場合、妊娠からの週数及び日数 (〇〇週) (△△日)
	出生児が被保険者の被扶養者であるか ある イ ない [理由 ]	出産児数 (第 1 子)
	被保険者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	家族が出産した時に記入 被扶養者に認定されてから6ヶ月以内の出産の場合は
	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	健康保険の名 称 222 番号 1 銀座健康保険組合 加入者氏名 東食 花子 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

この申請書に記載されている個人情報(写し)は、医療機関等と作成された出産費用の領収・明細書の写しを添付し、給付決定の写しを添付し、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」の場合、妊娠からの週数 ( 週 )
	上記のとおり相違なく、医療機関所在地 医療機関の名称 医師・助産師名	電話番号
	本 籍 筆頭者氏名	
	出生届出日 令和 年 月 日	出生届出日 令和 年 月 日
	上記のとおり相違なく、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 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