

記入例

被保険者
家 族

出産育児一時金(差額)・付加金支給申請書 (直接支払制度用)

◎申請上の注意
一、標題の被保険者、家族は該当する文字を○で囲んでください。

被 保 険 者 証 の 記 号 被 記 号 ・ 番 号	記 号 1	番 号 99999	従 業 員 番 号		
所 属 事 業 所 名 及 び 部 署	電話 (内線)				
被 保 険 者 の 名 被 氏	健保 太郎		被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 (平成)	
出 産 年 月 日	令和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日		死 亡 の と き は そ の 旨		
出 産 し た 場 所	医 療 機 関 等 名 称	○○産婦人科			
	医 療 機 関 等 所 在 地	東京都 ○ ○ 区 ○ ○ ○ ○ 番 地 ○ ○ 号			
出 産 し た 医 療 機 関 の 産 科 医 療 補 償 制 度 加 入 の 有 無	(有) ・ 無		直 接 支 払 制 度 利 用 の 有 無	(有) ・ 無	
被 扶 養 者 の 出 産 で あ る と き は そ の 氏 名 ・ 生 年 月 日	健保 花子		昭 和 平 成	○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	
出 生 児 の 氏 名	健保 一郎		出 生 児 の 生 年 月 日	(令 和) ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	
出 生 児 が 被 扶 養 者 か ど う か	被 扶 養 者 で	(ある) ない	出 生 児 が 被 扶 養 者 で ない と き は そ の 理 由		
被 扶 養 者 と し て 認 定 さ れ て、6 か 月 以 内 の 出 産 で あ る 場 合、最 後 に 加 入 し て い た 健 康 保 険 に つ い て (以 前 の 会 社 に 確 認 し て 記 入 し て く だ さ い。)	健 康 保 険 の	名 称			
		所 在 地			
	記 号	番 号	加 入 期 間	自 至	年 月 日 年 月 日
	女 子 被 保 険 者 で あ っ た そ の 者 が 資 格 喪 失 後 に 加 入 し て い る 健 康 保 険 に つ い て (保 険 証 を 見 て 記 入 し て く だ さ い。)	健 康 保 険 の	名 称		
所 在 地			(電 話)		
記 号		番 号	夫 の 氏 名	フリガナ	

上記のとおり申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日

(〒○○○ - ○○○○)

住所 東京都○○区○○ ○○番地 ○○号

被保険者 氏名 健保 太郎

電話 0 3 (○○○○) ○○○○

ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿

振 込 先	銀行	本店	店 番 号
	金庫	支店	123
口 座 名 義 (被 保 険 者 名 義)	カタカナで記入してください。		口 座 番 号
	ケンボ タロウ		1234567

※妊娠4か月(85日)以上経過し死産(流産等)となった場合は、当該欄において医師または助産師から証明を受けてください。

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る 欄	死 産 (流 産 等) 年 月 日	令和 年 月 日	在 胎 期 間	妊 娠 第 日 又 は 第 週
	死 産 (流 産 等) 児 の 数	単	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 医師または助産師の証明欄 ※ 死産、流産等の場合のみ </div>	
	上記のとおり相違ないこと 令和 年			
医 療 施 設 の 名 称 ・ 所 在 地		医 師 ・ 助 産 師 名		

「直接支払制度を利用する」旨を記載した合意文書の写し、及び領収書、明細書(「出産日」「出生児数」の記載があるもの、産科医療補償制度加入のスタンプがあるもの)の写しを添付してください。

受付日付印