

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・番号	記号	番号	従業員番号			
						電話(内線)
所属事業所 及び部署名						昭和 平成 年 月 日
被保険者の 氏名			被保険者の 生年月日			
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					
	医療機関 等所在地					
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				昭和 平成 年 月 日		
出生児の氏名			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						
被保険者 氏名						
電話			( )			
ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿						

振 込 先	銀行 金庫	本店 支店	普通・当座	店 番 号
	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

※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	単胎 ・ 多胎 ( 児)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 (〒 - ) 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