

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 等 号 被 記 号 番 号	記 号	番 号	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 氏	被 保 険 者 の 生 年 月 日		昭 和 平 成	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			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 年 月 日 至 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	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	本店	店 番 号
	金庫	支店	普通・当座
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