

被保険者
家 族

出産育児一時金・付加金支給申請書（直接支払制度利用なし）

◎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。
二、医師・助産師または市区町村長に証明を受けてください。

被 保 険 者 等 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 被 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			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	(電 話)			
		記 号	番 号	加 入 期 間	自 至	年 月 日 年 月 日
		名 称				夫 の 氏 名
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	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	
口 座 名 義 (被 保 険 者 名 義)	カタカナで記入してください。	普通・当座	口 座 番 号

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る 欄	出 産 年 月 日	令 和 年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 第 月 又 は 第 週)
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		
	上 記 の と お り 相 違 不 同 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			
市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	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 不 同 を 証 明 す る。			
令 和 年 月 日 市 区 町 村 長 名 印				

※「直接支払制度を利用しない」旨を記載した合意文書の写し、及び領収書、明細書の写し(「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