

記入例

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、医師・助産師または市区町村長に証明を受けてください。
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。

被保険者証の 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 氏名	健保 太郎	被保険者の 生年月日	昭和 平成	〇年〇〇月〇〇日
出産年月日	令和 〇年 〇〇月〇〇日	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	〇〇産婦人科 東京都 〇〇区 〇〇〇 〇〇番地 〇〇号		
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	〇年〇〇月〇〇日
出生児の氏名	健保 一郎	出生児の 生年月日	令和	〇年〇〇月〇〇日
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
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 フリガナ 氏名
上記のとおり申請します。 令和 〇年 〇〇月 〇〇日 (〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 住所 東京都〇〇区〇〇 〇〇番地 〇〇号 被保険者 氏名 健保 太郎 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿				

振込先	〇〇	銀行 金庫	〇〇	本店 支店	普通・当座	店番 123
口座名義 (被保険者名義)	ケンボ タロウ				口座番号	1234567

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 (児)		
	医療機関等の証明はこちら	※ 医療機関または市区町村のどちらかで証明を受けてください		
	医療機関等の名称・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	出生年月日	令和 年 月 日
	市区町村の証明はこちら	出生児氏名	出生年月日	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

受付日付印