

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、標題の被保険者、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 1	番 号 99999	従 業 員 番 号
所 属 事 業 所 名 電話（内線）		
被 保 険 者 の 名 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 医療機関等所在地	○○産婦人科 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 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 平成	
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 <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	
	健 康 保 険 の 所 在 地	(電話)
	健 康 保 険 の 記 号	番 号
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	
	健 康 保 険 の 所 在 地	(電話)
	健 康 保 険 の 記 号	番 号
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 金庫 ○○ 本店 普通・当座 支店	店 番 号 123
口 座 名 義 (被 保 険 者 名 義)	カタカナで記入してください。 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	産 胎 (児)		
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
	出 生 年 月 日	出 生 氏 名	出 生 年 月 日	令和 年 月 日
市区町村長名		印		

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

市区町村の証明はこちら

「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

