※記載内容を訂正（書き損じ等）した場合※
訂正箇所に二重線を引き、**被保険者（申請者）のサインまたは押印**をお願いします。
修正液等は使用しないでください。

支給額　　円

健康保険　被保険者 家族　出産育児一時金 支給申請書

被保険者（申請者）情報

❶
① 被保険者等記号・番号：記号 9876　番号 54321　（記号・番号がわからない場合はマイナンバーをご記入ください。）
② ❷ 氏名：（フリガナ）ケンポ　タロウ　／　健保　太郎
③ 被保険者の生年月日：昭和・(平成)　××年 × 月 × 日
④ 住所：〒 113 － 0000　東京(都)・道府・県　文京区○○ ×－×－×
⑤ 電話番号（日中の連絡先）：××　（××××）××××
⑥ 事業所名称：株式会社 □□□□
❸ ⑦ 提出委任：☑ 本申請の提出を事業主へ委任します。（事業主経由(依頼)する場合は✔）

加入状況申告

❹ ⑧ 右の項目に該当する方は、全ての項目を記入
1.被保険者が出産した場合
☐ 当組合の資格を喪失した後の出産ですか
✔の場合⇒現在加入している保険者名を記入
2.家族が出産した場合
✔ 当組合に加入してから6カ月以内の出産ですか
✔の場合⇒当組合加入以前に加入していた保険者名を記入
保険者の名称：協会けんぽ（ □□□ ）支部 ・（　　）健康保険組合 ・（　　）共済組合
（　　）国民健康保険 ・ その他（　　）
⑨ 同意欄：私は東京都電機健康保険組合以外に出産育児一時金の請求はしません。また、当健康保険組合が関係機関に照会すること、また関係機関が回答することに対して、同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。
出産した方の氏名：※署名したことにより同意したものとみなします。　健保　花子

申請内容

❺
⑩ 出産した方（どちらかに✔）：☐ 被保険者 ☑ 家族(被扶養者)
⑪ 家族の場合は、その方の：氏名　健保　花子　昭和・(平成)　××年 × 月 × 日　続柄（ 妻 ）
⑫ 出産した年月日：令和　××年 × 月 × 日
⑬ 生産児数：1 人　⑭ 死産児数：　人　⑮ 死産のとき（妊娠経過期間）：　か月　週
⑱ 出産した医療機関等：名称　○○産婦人科医院

【医師・助産師・市町村長の方へのお願い】記載内容を訂正した場合は、訂正箇所に医師・助産師・市町村長の方のサインまたは押印をお願いいたします。

証明欄

❻
▸医師・助産師による証明の場合
⑰ 出産年月日：令和　年　月　日　⑱ 出生児数：単胎・多胎（　児）　⑲ 生産又は死産の別：生産・死産（妊娠　か月　週）
上記のとおり相違ないことを証明する。
⑳ 令和　年　月　日
㉑ 医療機関の所在地・名称
㉒ 医師・助産師の氏名

▸市区町村長による証明の場合（生産のみ）
㉓ 本籍　㉔ 筆頭者氏名
㉕ 母の氏名　㉖ 出生児氏名　㉗ 出生年月日：令和　年　月　日
上記のとおり相違ないことを証明する。
㉘ 令和　年　月　日
㉙ 市区町村長　㉚ 印

◎振込先欄には②欄の被保険者（申請者）の口座または事業所より届出されている口座をご記入ください。

振込先

❼
公金受取口座：☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は✔、利用しない場合は下記の欄を記入）
金融機関名称：銀行コード 1 2 3 4　○○○○　(銀行)・金庫・信組・農協・その他（　）
支店コード 9 8 7　△△△△　(支店)・本店・出張所・その他（　）
預金種別：(普通)・当座・その他（　）
口座番号：1 2 3 4 5 6 7
口座名義（カタカナで記入）：ケンポ　タロウ　※アルファベット登録の方はアルファベットでご記入ください。
口座名義区分：✔ 被保険者（申請者） ☐ 事業所の受領代理人

◎今回の給付金の受取を事業所へ委任する場合はご記入ください。

委任状

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名
受領代理人	氏名

受付日付印

東京都電機健康保険組合　(R6.12)

❶ 被保険者等記号・番号は、「マイナポータルの資格情報画面」、「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」のいずれかでご確認ください。
わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。

❷ ［被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合］
・②欄に被保険者氏名を記入し、右スペースに申請者の氏名をご記入ください。
・④欄には申請者の住所を、振込先には、申請者の口座をご記入ください。
※申請者が被扶養者でない場合は、戸籍謄本（原本）等の添付が必要となります。
※振込先は、公金受取口座利用のチェック欄は使用せず、口座情報をご記入ください。

❸ 本申請を事業所（事業主）経由で提出する場合は、必ず✓をしてください。

❹ 出産日の前後６か月以内に他の健康保険などに加入している（いた）場合はご記入ください。

❺ 出産した方が家族の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

❻ 医師・助産師の証明又は市区町村長の証明を受けてください。
（市区町村長の証明は「生産」のみとなります。）

❼ 家族が出産した場合でも、振込先には被保険者または事業所の口座をご記入ください。

添付書類

※内容審査に必要なときは別途、添付書類の提出をお願いする場合があります。
※ご提出いただいた原本は返却できません。

国内で出産	**① 医療機関等から交付された合意文書（写し）** 直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨及び申請先となる当組合名が記載されているもの **② 出産費用の領収・明細書（写し）** 注：産科医療補償制度対象分娩の場合は、その旨が「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言の印字やスタンプの押印により明記されているもの ③［生産で、申請書に医師等・市町村長の証明が受けられない場合］ **戸籍謄本（原本）、出生児の戸籍抄本（原本）　等** ④［死産で、申請書に医師・助産師の証明が受けられない場合］ **死産証書（死胎検案書）（写し）　等**
海外で出産	**① 出産に関する証明書（原本）** ＊出生証明書等の公的に出生を確認できる書類または医療機関や医師等が発行した出生に関する証明書（死産の場合は、死産に関する証明書等） **② 上記①の翻訳書（原本）** ＊翻訳者の住所、氏名、電話番号をご記入ください。 ※出生届を日本国内に提出する方は、上記①②に代えて申請書の証明欄に市区町村長の証明を受けるか、戸籍謄本（原本）または出生児の戸籍抄本（原本）でも結構です。 **③ 海外に渡航した事実が確認できる書類（写し）** ※航空券（電子航空券を含む）、パスポートまたは査証（ビザ）等の写しをご添付ください。海外赴任の場合は、辞令等の写しでも結構です。 **④ 海外の医療機関等に対して照会を行うことの同意書（原本）** ※同意書は出産した方がご記入ください。

※ 提出先住所　〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4　　東京都電機健康保険組合 保険給付課