

※記載内容を訂正（書き損じ等）した場合※
訂正箇所には二重線を引き、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	① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	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 氏名	(フリガナ)		③ 被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日
	④ 住所	〒 - 都・道 府・県				
	⑥ 事業所名称	⑤ 電話番号 (日中の連絡先)		()		
		⑦ 提出委任		<input type="checkbox"/> 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	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 <input type="checkbox"/> 当組合の資格を喪失した後の出産ですか <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 当組合に加入してから6カ月以内の出産ですか <input checked="" type="checkbox"/> の場合⇒当組合加入以前に加入していた保険者名を記入
	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。

申請内容	⑩ 出産した方 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑪ 家族の場合 は、その方の	氏名	昭和・平成	年 月 日	続柄()	
	⑫ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑬ 生産児数	人	⑭ 死産児数	人	⑮ 死産のとき (妊娠経過期間)	か月 週
	⑯ 出産した 医療機関等	名称						

【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、訂正箇所には医師・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	▶ 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。 ⑲ 医療機関の所在地・名称						
	⑲ 令和 年 月 日 ⑲ 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)							
⑳ 本籍					㉑ 筆頭者 氏名		
㉒ 母の氏名	㉓ 出生児氏名		㉔ 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。 ㉔ 市区町村長							㉕ 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	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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	銀行・金庫・信組 農協・その他()			預金種別	普通・当座・その他()	
		支店コード	支店・本店・出張所 その他()			口座番号		
	口座名義 (カタカナで記入)	※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	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 事業所の受領代理人	

◎今回の給付金の受取を事業所に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