

※ 記載内容(証明欄を除く)を訂正した場合は、訂正箇所申請者のサインまたは押印をお願いいたします。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

◎【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の出産一時金であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所等をご記入ください。

被保険者情報	① 被保険者証	記号	番号	② 資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日
	③ 氏名	(フリガナ)		④ 生年月日	昭・平	年	月	日
	⑤ 住所	〒 ー 都・道府・県						
	⑦ 事業所名称			⑥ 電話番号 (日中の連絡先)	()			
				⑧ 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 <input checked="" type="checkbox"/>)		

加入状況申告	⑨ 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	2.家族が出産した場合	
		<input type="checkbox"/> 当組合の資格を喪失した後の出産ですか ・の場合⇒現在加入している保険者名を記入	<input type="checkbox"/> 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()		
⑩ 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。		⑪ 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	⑫ 出産した方(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑬ 家族の場合は、その方の氏名	昭和・平成	年	月	日	続柄()					
	⑭ 出産した年月日	令和	年	月	日	⑮ 生産児数	人	⑯ 死産児数	人	⑰ 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											

【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												
	⑲ 出産年月日	令和	年	月	日	⑳ 出生児数	単胎・多胎()児	㉑ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠	か	月	週)	
	㉒ 上記のとおり相違ないことを証明する。		㉓ 医療機関の所在地・名称										
	令和		年	月	日	㉔ 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)													
㉕ 本籍								㉖ 筆頭者氏名					
㉗ 母の氏名						㉘ 出生児氏名			㉙ 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。		㉚ 市区町村長											
㉛ 令和	年	月	日									㉜ 印	

◎ 振込先欄には被保険者(③欄の方)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、下記の口座情報の記入は不要です。)											
	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)							口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人				

◎ 事業所への委任の場合のみご記入ください。

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

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

--