

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金

直接支払制度を利用しないとき
支給申請書

被保険者 (申請者) 情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇〇	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏名 (フリガナ)	トウキョウ テツオ 東京 鉄男		生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☒ 平成 6 6 2 4 ☐ 令和	
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇 都道府県 〇〇市〇〇 〇〇番地				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇				
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)						

振込先 指定口座	☐ 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。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。					
	金融機関 名称	〇 〇 銀行		〇 〇 支 店		
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 (左づめ)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
口座名義 (カタカナ) ▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 トウキョウ テツオ						

申請内容	1 出産した者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)				
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	東京 花子	生年月日	平成 7 年 5 月 15 日	
	2 出産した年月日	令和 6 年 12 月 1 日				
	3 生産または死産の別	1 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在				
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	1 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数	人	3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 週
	4 出産した医療機関等	名称	〇〇クリニック		所在地	〇〇県〇〇市〇〇 〇〇番地
5 出産した方		●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		1 1. はい 2. いいえ		
5 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について		保険者名		〇〇市国民健康保険		
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を		記号・番号		〇〇 - 〇〇〇		
		2 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない				

証明欄 (いずれかに「ご記入ください」)	医師・助産師 による証明の場合	出産者氏名	出生年月日			令和 年 月 日
		出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎 → (児)	生産または死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 → (妊娠 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		医療施設の所在地 医療施設の名称 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)	本籍	筆頭者氏名			
母の氏名		出生児氏名	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。 令和 年 月 日			市区町村長名	

東京鐵鋼健康保険組合

受付日付印

