健保記入欄					
	資格取得	昭・平・令　年　月　日	出産年月日	平・令　年　月　日	
	資格喪失	平・令　年　月　日	支払年月日	平・令　年　月　日	
	備考				

被保険者
家族

出産育児一時金・付加金・支給申請書

直接支払制度を利用しないとき

注 1 ②欄には医師・助産師又は市区町村長どちらか一方の証明をいただいてください。
2 直接支払制度を利用しないという記載のある書類の写し、産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は当該スタンプ印を受けた分娩（出産）費用明細書の写しを添付願います。

① 被保険者が記入するところ				
被保険者証の記号と番号	記号　番号	事業所の名称		
被保険者の氏名と印	㊞	被保険者の生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	
被保険者の住所	〒　☎　(　)			
出産の年月日	平成・令和　年　月　日	出生児の数	単胎 ・ 多胎（　児）	
出産した医療施設などの	名称			
	所在地			
被扶養者の出産であるときは	その者の氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日生
出生児の	氏名		被保険者との続柄	

② 医師・助産師又は市区町村長が証明するところ				
出産年月日	平成・令和　年　月　日	生産又は死産の別	生産 ・ 死産（妊娠　ヶ月）	
出産児の数	単胎 ・ 多胎（　児）	出産予定日	平成・令和　年　月　日	

上記の通り相違ないことを証明する。
令和　年　月　日

医療施設の名称・所在地
職名（　）氏名　㊞

電話　(　局)　番

本籍			筆頭者氏名		
出生届出日	年　月　日	出生児氏名		出生年月日	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　㊞

電話　(　局)　番

振込先名称						
金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協　本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座 別段	支店番号	口座番号	
預金者氏名（カタカナ）						

※振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者以外の受領を希望する場合は委任状に記入捺印願います。

③ 委任状	
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
	令和　年　月　日　〒 住所
	代理人 氏名　㊞
	被保険者の氏名　㊞

令和　年　月　日提出

受付日付印

（1・5改）

東京都医業健康保険組合

被保険者証の記号番号を記入の場合省略できます。
被保険者のマイナンバー

※記入の際には別途添付書類が必要となります。
給付課までお問い合せ願います。