

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 付加金用請求書

〔直接支払制度を
利用するとき〕

注 分 娩（出 産）費 用 明 細 書 の 写 し、直 接 支 払 制 度 を 利 用 す る と い う
記 載 の あ る 書 類 の 写 し を 添 付 し て く だ さ い。

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)	
	出生した 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	昭和 平成 令和	年 月 日 生	
	出生児の 氏名	被保険者との続柄				
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 種類	普通 当座 別段	
	預金者氏名 (カタカナ)			支店番号	口座番号	

※ 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。

(1 ・ 5 改)

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 (印)
	被保険者の氏名 (印)

【留意事項】

※ 公的支払機関からの申請書に基づいて付加金の支給がなされることから、支給手続きまで時間を要しますので
予めお含み置き願います。 (受付日付印)
令和 年 月 日 提出

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わせ願います。

東京都医業健康保険組合