

健 保 記 入 欄	資格取得	昭・平・令	年	月	日	出産年月日	令和	年	月	日
	資格喪失	令和	年	月	日	支払年月日	令和	年	月	日
	備考									

被保険者  
家族

## 出産育児一時金支給申請書

〔直接支払制度を  
利用しないとき〕

注：※1 マイナポータルでの健康保険証情報または、「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」にある記号・番号をご記入ください。  
※2 医師・助産師又は市区町村長が証明するところ  
出産した場合は産科医療補償制度の対象である事がある書類の写し、産科医療補償制度（出産）費用明細書の写しを添付願います。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号と番号※1	記号	番号	事業所の名称								
	被保険者の氏名	氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	被保険者の住所及び連絡先	〒 - ☎：日中の連絡先 ( )										
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）										
	出産の年月日	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	名称										
	出産した医療施設などの所在地	所在地										
被扶養者の出産のときはその者の氏名	氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				

※2 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ってください。

※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	令和	年	月	日	生産又は死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 日)					
	出産児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)				出産予定日	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 医療施設の名称・所在地 職名 ( ) 氏名 電話 ( )											
	本籍					筆頭者氏名						
出生届出日	令和	年	月	日	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 電話 ( )												

◎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願います。

振 込 先 名 称	被保険者の公金受取口座を利用する場合は右記に☑。→ 利用しない場合は下記口座情報を記入。↓					<input type="checkbox"/> : 公金受取口座を利用します。						
	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)	被保険者の氏名と異なる場合は必ずご記載願います。										

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				
	被保険者の氏名				代理人 氏名						

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 (8. 4改) 受付年月日