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　付加金用申請書（直接支払制度利用するとき）

保険者が記入するところ				
被保険者の記号と番号※	記号　　番号		事業所の名称	
被保険者の	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　（　　）			
出産の年月日	令和　年　月　日		出生児の数	単胎　・　多胎　（　　児）
			生産又は死産の別	生産　・　死産　（妊娠　　日）
出産した医療施設などの	名称			
	所在地			
被扶養者の出産のときはその者の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日

◎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。↓		☐　：　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	預金種類	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。	
令和　年　月　日	〒　－
	住　所
	代理人
被保険者の氏名	氏　名

注　この申請についての決定は、出産日より数えて２ヶ月以上先となります。

受付日付印

【添付書類】
・分娩/出産　費用明細書（写）
・直接支払制度を利用するという記載のある合意書（写）

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。

※マイナポータル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。

東京都医業健康保険組合（7・4改）