

健康 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
利用するとき〕

※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。

被 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	()		
	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)		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、被保険者以外を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。				

東京都医業健康保険組合(8・4改)

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			
	被保険者の氏名					代理人 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。

受付年月日

【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わせ願います。