健康保険

見本

出産育児一時金支給申請書

（直接支払制度を利用しなかった場合の請求書）

裏面「必要添付書類」及び「注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

被保険者が記入するところ				
① 被保険者等記号・番号	9999 － 1234 ※記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入	被保険者の氏名及び生年月日	② 薬業　夏子 昭・平　60 年 9 月 8日	③本申請書の提出を事業主に依頼します チェック ✔
④ 被保険者の現住所	郵便番号 100 ― 0014 東京都千代田区永田町2-17-2		TEL（03）3581-1238 携帯（　　） 方	
⑤被保険者の勤務する（していた）事業所名称・所在地	事業所名称 薬業工業㈱		事業所所在地 東京都台東区上野1-27-2	
⑥被扶養者が出産した場合は、その方の氏名		生年月日	昭・平　年　月　日	続柄
⑦出産した年月日	令和　6 年　1 月　3 日			
⑧出産児数	単胎・多胎（　　児）			
⑨妊娠経過期間	妊娠 40 週で 生産・死産			
⑩被保険者が退職後６カ月以内に出産したことによる請求の場合は現在の健康保険について、または当健保組合に加入してから６カ月以内に被扶養者が出産したことによる請求のときは以前の健康保険についてご記載ください。		記号・番号	―	医療保険者の名称

どちらか一方で証明を受けてください						
医師または助産師が証明するところ	⑪出産した年月日	令和　年　月　日	⑫生産、死産の別	生産・死産（妊娠　カ月　週）	⑬出生児の数	単胎・多胎（　児）
	⑭上記のとおり相違ないことを証明する 医療施設の所在地・名称 医師・助産師名			証明日　令和　年　月　日 TEL（　　）		
市区町村が証明するところ	⑮本籍				⑯出生届出年月日	令和　年　月　日
	⑰筆頭者氏名		⑱出生児氏名		⑲出産した年月日	令和　年　月　日
	⑳上記のとおり相違ないことを証明する 市区町村長名			証明日　令和　年　月　日 ㊞　TEL（　　）		

受取代理人欄		
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 被保険者（請求者）住所 氏名		
代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係

☐ マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記口座欄を記入してください）

※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。

※受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。

振込先指定口座				
銀行コード 0099	銀行・農協・信金・信組 永田町	支店コード 099	本店・支店 赤坂見附	
口座種別	普通・当座	口座番号	9999998	
口座名義	薬業　夏子	フリガナ	ヤクギョウ　ナツコ	

口座名義が被保険者名でない場合は必ず受取代理人欄に記入してください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

東京薬業健康保険組合

受付日付印

この書類の送付先は

〒100-0014
東京都千代田区
永田町2-17-2

東京薬業健康保険組合
給付課　宛