

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)

見本

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

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号・番号	9999 - 1234	②被保険者の氏名及び生年月日	薬業 夏子		③本申請書の提出を事業主に依頼します	チェック <input checked="" type="checkbox"/>	
	④被保険者の現住所	郵便番号	100 - 0014	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(株)		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 4 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出生児の氏名	薬業 五郎		⑪続柄	長男			
	⑫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			
	⑬出産した年月日	令和 4 年	1 月 3 日	⑭生産、死産の別	生産 (妊娠 40 週)	死産	⑮出生児の数	単胎・多胎 (児)

ど ち ら か 一 方 で 証 明 を 受 け て く だ さ い	⑬ 上記のとおり相違ないことを証明する	証明日	令和 4 年 1 月 5 日	
	医療施設の所在地・名称	神奈川県足柄下郡箱根町強羅1320-920		
証 明 す る 市 区 町 村 が こ ろ	⑰ 本籍	⑱ 出生届出年月日	令和 年 月 日	
	⑲ 筆頭者氏名	⑳ 出生児氏名	㉑ 出産した年月日	令和 年 月 日
	㉒ 上記のとおり相違ないことを証明する	証明日	令和 年 月 日	市区町村長名

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
	被保険者住所 (請求者) 氏名	代理人の氏名 (フリガナ)

振 込 先 指 定 口 座	銀行コード	0099	支店コード	099
	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

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

※ 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	
-----------------------	--

