

常務理事	事務長	事務課(係)長	係
家族が被扶養者たることの確認			

支給決定伺

事業所担当者印

健康保険 被保険者
家 族

出産育児一時金・出産育児付加金 請求書

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号	番号	フリガナ	被保険者の 氏名・生年月日	昭和・平成 年 月 日生	④
	被保険者の 現住所	〒 電話					
	被保険者の所属先 (課・係名)						
	出産した年月日	令和 年 月 日	生・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)			
	出産した場所	医療施設等の名称				他制度から給付を 受けていますか	いる
		うへの所在地 〒					いない
	フリガナ			フリガナ			
	被扶養者が出産した ときはその者の氏名、 生年月日	昭和・平成 年 月 日生		出産児の氏名			
				出産児と被保険者 との続柄			
	出産児はあなたの 被扶養者ですか	はい・いいえ	出産児があなたの被扶養者 でないときはその理由				
TDK退職後、あなたが加入した現在の保険証の			健康保険組合等の名称・電話番号	記号・番号			
TDK健保の扶養家族として認定される前の保険証の				健康保険名			
給 付 金 振 込 先	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協		本店 支店 出張所	預金種別	普通 ・ 当座	口座 番号	
	フリガナ						
	口座名義人						
本請求によって、(株)赤ちゃんとママ社の育児雑誌を1年間お送りします。発送のためにあなたの住所情報を渡します。不要と拒否される方は右欄の拒否の口に✓印をつけてください。但し、国内発送のみ、退職者は除きます。						<input type="checkbox"/> 拒否	

医師 又は 助産師 が証明 する ところ	出産した年月日	令和 年 月 日	出 産 児 の 数	単胎
	生産又は 死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)		多胎 (児)
	上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日
医療施設の名称・所在地			④	電話
医師・助産師名				