

受付日付印
被扶養者(家族)が出産した場合

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 1000	番号 123456	フリガナ 被保険者の氏名・生年月日 ケンポ タロウ 健保 太郎 昭和・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日生	<input checked="" type="checkbox"/>
	被保険者の現住所	〒 111-1111 神奈川県横浜市○○区○○町1-1-1 電話 888-888-8888			
	被保険者の所属先(課・係名)	TDK株式会社 本社 ○○課 ○○係			
	出産した年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	生・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)	
	出産した場所	医療施設等の名称 ○○産婦人科医院		他制度から給付を受けていますか	いる
		うえの所在地 〒 999-9999 東京都○○区○○3-3-3			<input checked="" type="checkbox"/> いない
	フリガナ	ケンポ ハナコ		フリガナ	ケンポ イチロウ
	被扶養者が出産したときはその者の氏名、生年月日	健保 花子 昭和・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日生		出産児の氏名	健保 一郎
				出産児と被保険者との続柄	長男
	出産児はあなたの被扶養者ですか	<input checked="" type="checkbox"/> 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		健康保険名	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			○○健康保険組合 電話 ○○-○○○○-○○○○	○○○-○○○	
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	※この欄は医療機関で記入していただき、医師または助産師の押印が必要です※ (直接支払制度を利用して出産した場合は医療機関の証明は必要ありません)		
	電話		