

健 保 記 入 欄	支 給 額	円	決 議			資 格	得	年 月 日
	法定給付支給額	円	常務理事	業務部長	係		喪	年 月 日
	付加給付支給額	円				備 考		
	支 給 日							

東京海上日動健康保険組合 御中

被 保 険 者 出 産 育 児 一 時 金

請 求 書

被 保 険 者 出 産 育 児 付 加 金

△被扶養者(ご家族)の出産分については「家族出産育児一時金・出産育児付加金請求書」にてご請求ください。

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 等 記 号 番 号	資格情報のお知らせ等を見てご記入ください。 —	被 保 険 者 氏 名 *		
	事 業 所 名		マイナンバー※1 (任 意 記 入)		***** (被保険者等記号番号が不明な場合 要本人確認書類)
	被 保 険 者 現 住 所	〒			日中の連絡先 (電話番号)
	出 年 月 産 日	令和 年 月 日			
	当組合資格喪失後 6ヶ月以内の 出産の場合	出産日当日に加入している健康保険について			
		健保等名称	被保険者等記号・番号	被保険者氏名	
給付金受取口座※2	銀行 支店	1.普通 2.当座	口座番号	口座名義人(カタカナ)	

※1 マイナンバーは、「被保険者等記号番号」を記入すれば、記入不要です。

なお、被保険者等記号番号を記入せずに、マイナンバーでの請求をご希望の方は、予め健保組合にご連絡ください。

被保険者等記号番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

※2 「給付金受取口座」は、原則として給与受取口座をご記入ください。([TMNF]、[TAS]、[システムズ]、[TMO]、[任意継続]の方は、記入不要です。)

当組合資格喪失後6ヶ月以内の出産でご請求される方は、お振込み希望の被保険者名義の口座をご記入ください。

出産(出生)の証明は、医師・助産師又は市区町村長、どちらか一方で受けてください。

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	出 産 年 月 日	令和 年 月 日	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)
	生 産 ・ 死 産 の 別	1. 生産 2. 死産 ⇒ (妊娠 週 日)	備 考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。			令和 年 月 日
	医療施設の所在地			
医療施設の名称				
医師・助産師名				

市 区 町 村 長 の 証 明 欄	本 籍		筆 頭 者 氏 名	
	出 生 届 出 日	令和 年 月 日	出 生 児 氏 名	出 生 年 月 日 令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。			令和 年 月 日
市区町村長名				印

受付印

【添付書類】

①「代理契約に関する文書の写し」(医療機関等より交付)

②出産費用の「領収書(産科医療保障制度加入の有無記載があるもの)の写し」

●「直接支払制度」をご利用の場合は、付加金は自動給付ですのでこの請求書は必要ありません。

【記入内容を訂正する場合】 ①又は②の方法にてご訂正下さい。

①訂正箇所にて二重線を引く ⇒ その上に訂正内容を書く ⇒ その隣にフルネームで小さく署名する

②訂正箇所にて二重線を引く ⇒ 訂正印を押印、その上に訂正内容を書く ⇒ 「被保険者氏名*」の氏名横に同じ印を押す