

被保険者
家族

出産育児一時金 付加金請求書

〔直接支払制度を
利用するとき〕

注 分娩（出産）費用明細書の写し、直接支払制度を利用するとい
う場合、合意文書の写しを添付してください。

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					
	事業所の名称								
	被保険者の 氏名(自署)				被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者の 住 所	〒 TEL ()					内線番号()		
	出産の年月日	令和	年	月	日	出生児の数	単胎・多胎 (児)		
						生産又は 死産の別	生産 死産 (妊娠 週 日)		
	出 産 した 医 療 施 設 な ど の	名 称							
所在地									
被扶養者の 出産であるときは	その者 の氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日生
振 込 先 名 称	金融機関名称	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所	預金種類	普通	支店番号	口座番号		
	預金者氏名 (カタカナ)				別 段				

がん研究会健康保険組合

※ 振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者以外の受領を希望する場合は委任状に記入捺印願います。

委 任 状	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	〒 住所				
	代理人 氏 名				印				
被保険者の氏名					※自署の場合は押印を省略できます。				

【留意事項】

※ 公的支払機関からの申請書に基づいて付加金の支給がなされることから、支給手続きまで時間を要しますので
予めお含み置き願います。

令和 年 月 日 提出

受付日付印