

黒のボールペンで記入してください。
(鉛筆・消えるボールペンは不可です)

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ころ
合意文書の写しを添付してください。

被保険者証の 記号と番号	記号	1	番号	12345											
事業所の名称	〇〇〇〇病院														
被保険者の 氏名(自署)	健保 太郎	被保険者の 生年月日	昭和 平成	4年 6月 3日											
被保険者の 住所	〒 111-1111	TEL	000 (0000) 0000												
	東京都江東区〇〇1-2-3			内線番号(2222)											
出産の年月日	令和	△年 4月 27日	出生児の数	単胎・多胎 (児)											
			生産又は 死産の別	生産 (妊娠 40週 日) 死産											
出産した 医療施設 などの 名称	〇〇〇〇産婦人科医院														
	所在地	東京都中野区〇〇1-2-3													
被扶養者の 出産であるときは その者の 氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成	〇年 7月 2日生											
振込先名称	金融機関名称	〇〇	銀行 金庫 信組	〇〇	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)	健保 太郎 ケンポ タロウ			別段	9	9	9	1	2	3	4	5	6	7

※ 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

がん研究会健康保険組合