

申請者 ⇒ 在籍会社人事部門（確認） ⇒ 荏原健康保険組合

- 被保険者
 家族

出産育児一時金(付加金)請求書

被保険者（申請者）記入欄	被保険者証	記号	番号	事業所名
	被保険者氏名			生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
	出産した方 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		出生児の氏名
	家族の場合は その方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 続柄 () <input type="checkbox"/> 平成
	出産した年月日	令和 年 月 日	生産児数 人	死産児数 人 死産のとき (妊娠経過期間) か月 週
	出産した 医療機関等	名称		所在地
	他制度から給付を受け ているかどうか	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない		
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 氏名 荏原健康保険組合理事長 殿			

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 氏名
	代理人	住所 氏名

振込先	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協
		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)	

・上記委任状により代理受領する場合は
代理人名義の口座(申請者以外の方)

医師・助産師又は市区町村長証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合					
	出産年月日	令和 年 月 日	生産児数	単胎・多胎(児)	生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 か月 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。		医療機関の所在地・名称		令和 年 月 日	
			医師・助産師の氏名			
▶ 市区町村長による証明の場合(生産のみ)						
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。		市区町村長		令和 年 月 日		