

申請者 ⇒ 在籍会社人事部門（確認）⇒ 荏原健康保険組合

記入例

被保険者
 家族

出産育児一時金(付加金)請求書

「死産・流産・人口妊娠中絶の場合は、記載は不要です。」

| | | | | | | | |
|----------------|-----------------------|--|----------|---|---|---------------|-------------------------|
| 被保険者（申請者）記入欄 | 被保険者証 | 記号 101 | 番号 45678 | 事業所名 | (株) 荏原製作所 | | |
| | 被保険者氏名 | 荏原 四郎 | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | 5 年 10 月 10 日 | |
| | 出産した方 (どちらかに✓) | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者) | | 出生児の氏名 | 荏原 楓 | | |
| | 家族の場合は その方の | 氏名 荏原 望 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | 6 年 6 月 20 日 | | 続柄 (妻) |
| | 出産した年月日 | 令和 4 年 5 月 25 日 | 生産児数 | 1 人 | 死産児数 | 0 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 荏原病院 | | 所在地 東京都大田区羽田朝日町 4 4 - 8 | | | |
| | 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 checked="" type="checkbox"/> 受けていない | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | | 令和 4 年 8 月 1 日 |
| 住所 神奈川県横浜市泉区白山 | | | | | | | |
| 氏名 荏原 四郎 | | | | | | | |
| 荏原健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | |

申請者以外の口座へ入金希望する場合は委任状への記入が必要です。

| | | | | | | |
|-----|---------------|-------------------------------|-------------|--|--|----------|
| 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 | 神奈川県横浜市泉区白山 | | | |
| | | 氏名 | 荏原 四郎 | | | |
| 代理人 | | 住所 | 同上 | | | |
| | | 氏名 | 荏原 望 | | | |

| | | | |
|----------------|---------|--|---|
| 振込先 | 金融機関名称 | みずほ | <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 |
| | | 羽田 | <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 |
| | 預金種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | |
| | 口座番号 | 99999999 | |
| 口座名義 (カタカナ) | エバラ ノゾミ | | |

・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)

窓口で出産費を全額支払った場合のみ、証明が必要になります。どちらか一方

| | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|----------|------|----------|----------|-----------------|--|
| 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 | | | | | | | |