健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 差額・付加金 申請書

◆消せるペンは使用しないでください。
◆記入方法については、裏面を確認してください。

被保険者記入欄

㋐ 被保険者等の記号・番号		㋑ 被保険者（申請者）の氏名 ※自署または押印	（フリガナ）	㋒ 生年月日	年	月	日
㋓ 被保険者（申請者）の住所	〒　－ 都道府県 電話　（　）			㋔ 事業所名称			
㋕ 被扶養者が出産したための申請であるときは、その方の	氏名			生年月日	年	月	日
㋖ 出産した年月日	年　月　日	㋗ 出産児数	人	㋘ 死産児数（妊娠経過期間）	人	（　週）	

㋙ **直接支払制度を利用しない方で、下記に該当する場合は記入してください。**

	保険者名称と連絡先	記号
被保険者が当組合を資格喪失後6ヵ月以内に出産された場合は、出産した日の時点で加入している保険証の	支部（全国健康保険協会） 健康保険組合 国民健康保険	
家族が当組合に被扶養者認定後6ヵ月以内に出産された場合は、被扶養者認定前に加入していた保険証の	電話　（　）	番号

次の文をお読みになり、署名をお願いします。　年　月　日

私は東京化粧品健康保険組合以外に出産育児一時金の請求はしていません。
また、上記記入保険者に対し支給に関する照会をする事に同意します。　氏名

直接支払制度を利用しない場合は証明を受けてください。

医師・助産師証明欄

出産者氏名		出産年月日	年　月　日
出生児の数	単胎　・　多胎（　児）	生産または死産の別	生産　・　死産（妊娠　週）

㋚ 上記のとおり相違ないことを証明する。　年　月　日

医療施設の所在地
医療施設の名称
医師・助産師の氏名

振込希望口座

㋛ 銀行 金庫 信組 農協　店 支店 支所　本店 出張所

〔金融機関コード：　　〕　〔店番号：　　〕

預金種別	普通 当座 貯蓄	口座番号		口座名義（カタカナで記入）	

備考欄

▼給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受取代理人記入欄

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　年　月　日

被保険者（申請者）　住所
氏名

受取人情報				
代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係	
代理人の住所	〒　－ 電話　（　）		

受付日付印

添付書類に漏れがないか、チェックをお願いします。
☐合意文書のコピー　☐出産（分娩）費用明細書のコピー

送付先　〒111-8668　東京都台東区柳橋1-1-5　東京化粧品健康保険組合　宛

2024.12

≪記入上の注意≫

1. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印を押してください。
   （修正液等は使用しないでください。）

2. 被扶養者が出産したための申請の場合は、㋕欄に被扶養者氏名、生年月日を記入してください。被保険者が出産したための申請の場合は記入不要です。

3. 死産の場合は、㋖欄に死産児数と妊娠経過期間を記入してください。

4. **㋗欄の証明は、直接支払制度利用しない方について必要となります。**
   なお、証明を受けないで申請する場合は、出産が確認できる書類（住民票記載事項証明書もしくは戸籍謄（抄）本、戸籍記載事項証明書など）を添付してください。
   また、証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

5. 振込希望口座は、㋙欄にご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等、預金種別、口座番号、および口座名義（カタカナ）を記入してください。

6. 平成29年1月から申請は「被保険者等の記号・番号又は個人番号（マイナンバー）」のどちらかを選択して申請できるようになりました。
   個人番号による申請をする場合（備考欄等に記載）は、従来の申請とは添付書類・取扱いなどが異なりますので、給付課（TEL03-3862-5101音声案内②）までご連絡ください。

≪添付書類について≫

①医療機関等と締結した直接支払制度に係る**合意文書のコピー**
②医療機関等から交付された**出産（分娩）費用明細書のコピー**

（産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産（在胎週数22週以後の出産に限ります。）した場合は、出産（分娩）費用明細書に「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言の印字や医療機関等が産科医療補償制度に加入している旨のスタンプが押印されています。）

スタンプ見本