伺年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長
※支給支払決議書 支給額	拾万　万　千　百　拾　円		
		業務課長	課長	係長	係
取得	・　・	家族の扶養認定年月日	・　・				
喪失	・　・	出産日	・　・				
		総務課長	係長	係
備考	被扶養者 照合印			

該当条文第百一条・百六条）

健康保険 被保険者 家族　出産育児一時金支給申請書

被保険者が記入するところ				
①健康保険被保険者証の記号と番号	記号 番号	②被保険者の氏名と印	フリガナ	③ ㊞
④被保険者の現住所	(郵便番号) TEL:　(　)			
⑤事業所の名称				
⑥被扶養者が出産したための請求であるときはその者の	㋐氏名	㋑生年月日	昭和 平成　年　月　日	㋒被保険者との続柄
⑦出産した年月日	令和　年　月　日	⑧生産又は死産の別	生産 死産	生産の場合、出生児数　児 死産の場合、死産児数及び妊娠経過期間　児・満　週
⑨出生児の	㋐氏名	続柄	㋑	左の⑨欄について死産、流産等の場合は記載は不要です。
⑩出産した医療機関等	㋐名称 ㋑所在地	TEL:　(　)		
⑪資格喪失後、家族の被扶養者となった時は、その被保険者証の ⑫被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の	保険者名			
	連絡先		記号・番号	

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ			
⑬出産者氏名		⑭出産年月日	年　月　日
⑮生産又は死産の別	生産・死産（満　週）	⑯出生児の数	単胎・多胎（　児）
⑰上記のとおり相違ないことを証明する。　年　月　日 医療機関等の名称・所在地 医師・助産師名 市区町村長名　㊞			

委任状	
私は下記の者を代理人と定め、本申請に基づく給付金の受領を委任します。　年　月　日	
本人	住所 氏名　㊞
代理人	住所 氏名　㊞

年　月　日提出

※ 受付日付印

振込希望の金融機関（資格喪失後の受給者のみ）			
銀行・信金・信組	支店	普通・当座	(№　)
フリガナ 口座名義			

(5.4)

東京都金属プレス工業健康保険組合

(注)医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写しと出産費用の明細書（領収書）の写しを添付して下さい。

（注意事項）

1. ※印の欄には記入しないで下さい。
2. 標題の「被保険者」「家族」の別及び⑧、⑮並びに⑯欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んで下さい。
3. ①欄は、健康保険被保険者証に記載があります。
4. 被保険者が出産したための請求である場合は、⑥の㋒欄に「該当せず」と記載して下さい。
5. ⑧欄の、「生産」の文字が丸で囲まれている場合、出生児数を記載して下さい。また、「死産」の文字が丸で囲まれている場合、死産児数及び妊娠満何週の死産であるかを記載して下さい。
6. ⑪は、被保険者の資格を喪失した日から六か月以内に出産した場合に記載して下さい。また、⑫欄は家族が被保険者の資格を喪失した日から六か月以内に出産した場合に記載して下さい。
7. ⑮欄の「死産」の文字が丸で囲まれている場合、妊娠満何週の死産であるかを、かっこ内に記載して下さい。
8. ⑯欄は、「多胎」の文字が丸で囲まれている場合、出生児の数をかっこ内に記載して下さい。
9. 給付金の受領を他人（被保険者以外）に委任する場合は、委任状欄に記入して提出してください。なお、病院、診療所、又は助産所を受取代理人とする場合は、「出産育児一時金等申請書（受取代理用）」の様式になります。

出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度を利用されない方へ

平成 21 年 10 月 1 日より出産育児一時金・家族出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度が創設されましたが、この制度を次の理由により活用されない被保険者は、従来の方法により出産育児一時金等の支給申請を行うこととなります。

① 直接支払制度に対応することが直ちには困難な医療機関等で出産された場合
② 直接支払制度を利用しない場合

上記 ①・② の場合の出産育児一時金等の支給申請には、次の添付書類が必要となります。

（1）医療機関等から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写し
　ア．代理契約の締結の有無。（締結していない旨の記載が条件になります。）
　イ．申請先となる保険者名（東京都金属プレス工業健康保険組合）が記載してあるもの。
（2）医療機関等から交付される出産費用の明細書（領収書）の写し
　ア．医療機関等で出産費用全額の支払を行った明細書。

なお、同一の出産について重複申請を行うことはできませんので、重複給付が判明した場合には、返還していただくことになります。

ご不明な点がありましたら業務課までご連絡ください。

東京都金属プレス工業健康保険組合
業　務　課
TEL　03 - 3634 - 5151