

東京瓦斯健康保険組合理事長 殿

被保険者
家族

(いずれかに○)

出産育児一時金等内払金(差額、付加給付)支給申請書
(直接支払制度利用者のみ提出)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—		被保険者の 氏名・印					(印)
	被保険者の 住所・連絡先	〒 ()							
	所属事業所	〒 ()							
	分娩者の氏名				被保険者 との続柄	生年月日		昭和 平成 年 月 日	
	分娩年月日	平成 年 月 日			死産の時 はその旨	その月数			
	出生児氏名 性別	フリガナ	性別	続柄	出生児氏名 性別	フリガナ	性別	続柄	
	出生児氏名 性別	フリガナ	性別	続柄	出生児氏名 性別	フリガナ	性別	続柄	
	下記に該当する場合はどちらかに○								
	東京瓦斯健保の扶養認定後6ヶ月以内の出産				東京瓦斯健保の資格喪失後6ヶ月以内の出産				
	↓				資格取得年月日 昭和・平成 年 月 日				
資格喪失年月日 平成 年 月 日									
受取金融機関(退職者のみ) * 被保険者名義以外は振り込めません		銀行			支店		普通 当座 NO.		
本依頼書に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。							平成 年 月 日		
被保険者の住所 〒		氏名			(印)				
代理人の住所 〒		氏名			平成 年 月 日 (印)				

支給決定額	備考	東京瓦斯健康保険組合				事業所			
	差額	常務理事		事務長		担当者			担当者
	付加給付								

- 添付書類
 - ①直接支払制度利用の合意文書のコピー
 - ②分娩機関から交付される領収・明細書のコピー (産科医療補償制度加入機関であればその印を押印したもの)