

東京瓦斯健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者 家 族 出産育児一時金支給申請書(直接払い制度を利用しない場合提出)  
(いずれかに○)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号		被保険者の 氏名	
	被保険者の 住所・連絡先	〒 ( )		
	所属事業所	〒 ( )		
	分娩者の氏名		被保険者の 続柄	生年月日 年 月 日
	分娩年月日	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
	受取金融機関(退職者のみ) *被保険者名義以外は振り込みません	銀行	支店	普通 当座 口座番号
	本申請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。 年 月 日 被保険者の 氏名			
	事業主記入欄 代理人の 住所 〒 年 月 日 (事業主) 氏名			
	医 師 ・ 助 産 婦 又 は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄	分娩日	年 月 日 男・女	生産または死産の別
分娩時状態		正常・異常	出生児の数	単胎・多胎(児)
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 名称・所在地 医師・助産婦名 印 年 月 日				
本籍			筆頭者氏名	
出生届出日		年 月 日	出生児氏名	出生年月日 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 市区町村名 印 年 月 日				

支給決定額	通番	東京瓦斯健康保険組合				事業所			
	法定給付	常務理事	事務長	担当者					担当者

■添付書類  
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)  
分娩機関から交付される「合意文書(コピー)」(直接支払制度にかかる代理契約を分娩機関等と締結していない旨  
および申請先となる当健保名が記載されているもの)