

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号※	-		被保険者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日生		
	被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)		事業所の 名称 所在地			
	被保険者 (申請者) の住所	〒 - 都道 府県					
	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	(フリガナ)		被扶養者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日生		
	出産した年月日	令和 年 月 日	出生児数 人	死産児数 人	死産のときは妊娠経過期間 妊娠 ヶ月 週		
	当組合以外に出産育児一時金を請求していますか。また、今後請求する予定はありますか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
被 保 険 者 [本 人] が 出 産 し た 場 合	ア. 今回の申請は、退職等により、東京港健康保険組合の被保険者資格の喪失後、6ヶ月以内に出産したことによるものですか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	イ. 上記アで「はい」と答えた場合、資格喪失後に加入している健康保険の保険者名（国保の場合は市区町村/協会けんぽの場合は支部名まで）と記号・番号を記入してください。				保険者名		
					市区町村/ 支部名		
				記号・番号			

市 区 町 村 長 の 証 明	出産者氏名	出生年月日	令和 年 月 日	出生児数	単児・多児 (児)	
	生産または死産の別		生産・死産 (妊娠 ヶ月 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。		医療機関の名称・所在地 〒 -			
	令和 年 月 日		医師・助産師の氏名		㊞	
	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。		市区町村長名		㊞		
令和 年 月 日						

支 払 機 関	金融機関	銀行・金庫・信組				支店・本店
	預金種別	1.普通 2.当座	口座番号		口座名義	(フリガナ)

受 取 代 理 人 の 欄	本申請および給付金に関する受領を代理人に委任します。					記入日	令和 年 月 日
	被保険者 (申請者)	住所					
		氏名					
	代理人 (受任者)	住所					
	氏名						

【添付書類】・・・下記①及び②を添付してください。

受付印

- 医療機関等から交付される【直接支払制度合意文書(写)】
合意文書には「代理契約を医療機関等と締結していない旨」の記載及び申請先となる「保険者名」が記載されています。
- 医療機関等から交付される【出産費用の領収・明細書(写)】
領収・明細書には、「産科医療補償制度の対象分娩であること(該当する場合のみ)」が明記されています。

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

※死産の場合は在胎週数のわかる証明書(死産証明書等)、海外での出産の場合は渡航の証明書と同意書が別途必要になります。