

太枠内のみをご記入ください。

20 年 月 日提出
提出キャンパス(駿河台・和泉・生田・中野)

出産祝金申請書

※申請期限:出産または退院後6ヶ月以内(卒業・修了年次生は卒業式当日まで)

明治大学学生健康保険互助組合理事長 殿

学生番号	
本人氏名	
電話番号	携帯: 自宅:

下記のとおり出産祝金を申請します。本件に関する個人情報を出産祝金の支払いのために使用することに同意します。

記

※消えないボールペンで記入すること

1.	医療機関名	
2.	出生の年月日	年 月 日 (曜日)
3.	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日

※夫婦双方が組合員の場合は、申請のあったいずれか一方に支給する。

※給付額は、子どもの数にかかわらず1万円とする。

※出産のための入院は特別入院給付金の対象外。

【添付書類】

- 母子手帳の出生届済証明のページのコピー、または出産および子との関係を確認できる書類のコピー
- 明細式領収書のコピー(入院期間が明示され、領収印のあるもの)
- 通帳またはキャッシュカードのコピー(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義が確認できるページ)
※学生本人以外の口座に振込を希望される場合は、漢字・フリガナともに記載のある通帳コピーを添付してください。
- 【学生健保用】振込口座届(所定様式)

駿河台受領日: 20 年 月 日

受付番号	給付額
—	円

※大学記入欄

--