

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)

受付者

印

出産祝金申請書

※申請期限: 出産後6ヶ月以内または退院後6カ月以内(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

駿河台受領日: 20 年 月 日
在籍状態確認: 通常・休学・卒業 / 修了(月)

学生番号	
本人氏名	印
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

1.	医療機関名	
2.	出生の年月日	年 月 日 ()
3.	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
4.	被保険者証の情報	保険者番号 ()
出産者が入院の際に使用した被保険者証をご参照のうえ、全項目をご記入ください。		保険者名称=健康保険組合名 ()
		記号 () 番号 ()
		(家族 ・ 本人) どちらかに○を付けてください。

※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。

【添付書類】

- 母子手帳の出生届済証明のコピー、またはその他の出産を判定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)
- 振込依頼書(本人または保護者、大学に登録されている保証人等の口座) 窓口で配布します。

受付番号	給付額	副理事長	担当者
—	円	印	印