

常務理事	事務長			担当

被保険者
家族

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者)が記入するところ	被保険者証	記号	3	番号	1234
	申請者(被保険者)	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		
		住所	〒000-0000 (フリガナ) チバケンチバシ〇〇ク〇〇 千葉県千葉市〇〇区〇〇〇1-2-3 電話 000 (000) 0000		
		生年月日	昭和 63 年 4 月 1 日		
	出産予定日・数	令和 3 年 9 月 1 日	単・多(胎)		
	出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子		
		生年月日	昭和 63 年 5 月 1 日		
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) 〇〇〇ジョサンイン 〇〇助産院		
		所在地	〒000-0000 (フリガナ) チバケン〇〇シ〇〇 千葉県〇〇市〇〇〇9-8-7		
	退職後に請求する場合は右記にご記入ください(被保険者名義)	金融機関名称	(銀行) (金庫) (信組) (本店) (支店) (その他) [] (出張所)		
預金種別		普通口座 口座番号 口座名義			

申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。

※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の被保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。

申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号

保険者名	
記号	
番号	

申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号

保険者名	
記号	
番号	

申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。

甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額*の受領に関すること。

※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。

年 月 日

甲の住所

氏名

乙の所在地

名称

電話 ()

この部分は
医療機関が記入します

受取代理人に対する支払金融機関	金融機関名称	銀行	支店名	店	預金種別	預金	口座番号
	口座名義人	(フリガナ)					

(備考欄)