

# 出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号			番号					
	氏名						事業所名			
	住所									
	出産する人の氏名						出産する人の生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	出産予定日	令和 年 月 日					出産予定数	単胎・多胎( 人)		
	出産予定の医療機関等	名称								
		所在地	TEL							
	※ 被保険者が出産予定の場合 → 資格喪失後6か月以内の出産ですか？ <span style="float:right">はい・いいえ</span> <span style="float:right">はいの場合 下欄に記入</span> ※ 被扶養者が出産予定の場合 → 扶養認定日以後6か月以内の出産ですか？									
	◎被保険者が資格喪失後6か月以内に出産予定の場合は、現在加入している保険者(健保)について						保険者名			
	◎被扶養者が扶養認定日以後6か月以内に出産予定の場合は、扶養認定前に加入していた保険者(健保)について						記号		番号	
						住所	TEL			

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者( ) (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払制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関する事。 ※出産育児一時金の支給額を上限とする。 令和 年 月 日 住 所 甲(被保険者) 名 称 ..... 所 在 地 乙(代理人) 名 称								
	受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫 信金					店・本店 支店・出張所		
	預金種別		口座番号		口座名義	(フリガナ)			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印
-------

支 給 支 払 決 議	支給額	円	伺年月日		常務理事	事務長		係
	出産日	年 月 日	支給年月日					
				被保険者	被扶養者			