

出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	○ ○ ○	番号	△ △ △ △			
	氏名	健 保 太 郎				事業所名	〇〇〇〇株式会社	
	住所	〇〇〇〇〇〇1-1						
	出産する人の氏名	健 保 花 子				出産する人の生年月日	昭和・平成〇〇年〇〇月〇〇日	
	出産予定日	令和〇〇年〇〇月〇〇日				出産予定数	単胎・多胎(人)	
	出産する人について	名称	〇〇〇産婦人科医院					
		所在地	〇〇市〇〇町3-1				TEL	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
		※ 被保険者が出産予定の場合 → 資格喪失後6カ月以内の出産ですか？						
		※ 被扶養者が出産予定の場合 → 扶養認定日以後6カ月以内の出産ですか？						
		◎被保険者が資格喪失後6カ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	〇△□健康保険組合	
	◎被扶養者が扶養認定日以後6カ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	〇〇	番号	△□〇〇
					住所	〇〇県〇〇市〇〇町		
					TEL	〇〇〇〇〇		

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※の受領に関すること。							
	※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							
預金種別	口座番号		口座名義			(フリガナ)		
						店・本店 支店・出張所		

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		