

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	主任	担当者

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金申請書 (受取代理用)

同年月日	令和 年 月 日	受付番号	No			
被保険者証記号・番号		事業所	名称			
(記号)	(番号)		所在地			
被保険者(請求者)の氏名		(フリガナ)	住所	(フリガナ)		
				〒 -		
			☎ ()			
出産予定日・数	令和 年 月 日 単・多 (胎)	被扶養者が出産するための請求であるときは、その者の				
		氏名	生年 月日	昭和 平成	年 月 日生	
被扶養者の認定を受けた日から6ヶ月以内に出産の場合は、被扶養者が以前加入していた被保険者名 資格喪失後6ヶ月以内の出産の場合は、現在加入の被保険者証の記号・番号及び保険者名		(記号)	(番号)	(被保険者名)		
		(保険者名)		☎ ()		
入院する医療機関		名称				
		所在地				
被保険者に対する支払金融機関の欄						
金融機関名	店名	預金種別	口座名義人・口座番号			
フリガナ ()	フリガナ ()	当座 普通	名義人	フリガナ		
銀行	本店		口座番号			
信用金庫	支店					
備考欄						

受取代理人の欄	<p>甲 () は、医療機関等である乙 () 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のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(※) (一児につき上限42万円)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、付加金相当額を含む)を上限とする。</p>					
	令和 年 月 日					
	甲(被保険者)の		住所			
			氏名			
	乙(代理人)の		住所			
		氏名				
		電話 ()				
受取代理人に対する支払金融機関の欄						
金融機関名	店名	預金種別	口座名義人・口座番号			
フリガナ ()	フリガナ ()	当座 普通	名義人	フリガナ		
銀行	本店		口座番号			
信用金庫	支店					

* 記入・留意事項等については、裏面をご覧ください。

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、備考欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)