

常務理事	部長	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	平成 年 月 日	受付番号	No.		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者記号番号		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	平成 年 月 日	被扶養者が出産するための請求であるときは、その者の		
	・数	単 ・ 多 (胎)	氏名	生年月日	昭和 年 月 日生 平成
	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証の記号・番号及び保険者名 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)
	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		フリガナ		
信用金庫	支店		口座番号		
備考欄					

受 取 代 理 人 の 欄	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等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。				
	平成 年 月 日	甲(被保険者)の 住所 _____			
		氏名 _____ (印)			
		乙(代理人)の 住所 _____			
		氏名 _____ (印)			
		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		フリガナ	
信用金庫	支店		口座番号		

* 記入・留意事項については、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、本人確認のための添付書類が必要です。)