

健康保険 被保険者・家族 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		
	被保険者の (申請者) 氏名、所属 住所、生年月日	氏名	(フリガナ)		事業所 及び 部署	電話 (内線)
		住所	〒 (フリガナ)			
		生年月日	年	月	日	電話 ()
	出産予定日・数	年	月	日	単・多(胎)	
	出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です</small>	氏名	(フリガナ)			
		生年月日	年	月	日	
	出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ)			
		所在地	〒 (フリガナ)			
	申請者に対する 支払金融機関 <small>(必ずご記入ください)</small>	預金 種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座 番号	口座 名義 (フリガナ)
銀行 金庫 信組						
店・本店 支店・出張所						
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。 <small>※ 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か月以内に産まれた場合、資格を喪失した最後の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。</small>						
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か月以内に産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			
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に産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		
			記号	番号		

受 取 代 理 人 の 欄	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 [※] の受領に関する事。 <small>※ 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。</small>					
	年 月 日					
	甲の住所					
	氏名					
乙の所在地						
名称						
電話 ()						
受取代理人に対する支払金融機関	預金 種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座 番号	口座 名義 (フリガナ)	
銀行 金庫 信組						
店・本店 支店・出張所						

※この申請書は、出産育児一時金の医療機関受取代理を希望する方が使用するものです。希望者は、出産予定日の2ヶ月以内になりましたら健保組合に提出してください。
その際には出産予定日を証明する書類(母子手帳のコピー等)を添付してください。
※ 受取代理人である医療機関等以外で産産することとなった場合、健保組合までご連絡ください。

年 月 日 提出

受付日印

備考欄
個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)
※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。
①通知カードのコピー(表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー(両面)のいずれか1点
・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点