健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金等支給申請書

【受取代理用】

被保険者情報

被保険者証等の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	
氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒		電話 ( )	
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ				

申請内容

出産予定者 (該当に○)	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)	出産予定者 氏 名	
出産予定日及び胎児数	令和 年 月 日 単胎 ・ 多胎(児)	出産予定者の生年月日	昭和 平成 年 月 日
出産予定の医療機関名称		出産予定の医療機関住所	
■下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号 等		保険者名	電話 ( )
2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等		記号-番号	-

委任状

※在職者は、①提出の委任に✓をしてください。

□①本申請書の提出を事業主に委任します。

※受領委任する場合は、下記の委任状欄に記入して下さい。

②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日

被保険者 (申請者)	氏 名	
代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名	

振込先情報

金融機関コード					支店コード							
金融機関名称	銀 行 信用金庫										本店 支店	
預金種別	普通	口座番号								口座名義 (カタカナ)		

備考

■申請書の受付は出産予定日の2か月前からになります。

■母子手帳の出産予定日が分かる部分のコピーまたは出産予定日を証明する書類を添付してください。

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相当額を含む)を上限とする。

令和 年 月 日

甲(被保険者) 住 所

氏 名

乙(医療機関等) 所在地

名 称

受取代理人に対する支払金融機関

金融機関名称	銀 行 信用金庫							本店 支店	預金種別	普通 ・ 当座 その他( )		
口座番号								口座名義 (カタカナ)				

受付日付印