

◎請求の際に今一度確認を！「書きもれないか」「印もれないか」確かめて提出して下さい。

請求上の注意

(1)記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。  
 (2)「※」欄は記入しないで下さい。

※ 支給決議書	伺い年月日	令和 年 月 日	資格	取得喪失	年 月 日	年 月 日	常務理事
	支給額			該当条文	扶養資格	振込内訳	事務長
	出産育児一時金等			第101条 第106条 第114条	有・無	医療機関	
	出産育児付加金			規約第46条 規約第58条		被保険者	円
				合計		円	担当者

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)

被保険者の(申請者)	①氏名		②生年月日	昭和 年 月 日 平成
③被保険者(申請者)の住所	〒 ( ) 電話 ( )			
④健康保険被保険者証の	記号		⑤事業所の	名称
	番号			所在地
出産予定者の(申請者と同一の場合は不要です)	⑥氏名		⑦生年月日	昭和 年 月 日 平成
⑧出産予定日	令和 年 月 日	⑨出生予定児の数	単・多 ( 児 )	
⑩出産予定である医療機関等の	名称			
	所在地			
⑪申請者に対する支払金融機関欄	金融機関名	銀行・信用金庫 本店・支店		
	預金種別	当座・普通	口座番号	
	預金名義人の氏名	フリガナ		
申請者又は出産予定者が出産予定日から6ヵ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いずれかに記載をお願いします。	⑫	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ヵ月以内に出産することによる申請である場合の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	
	⑬	申請者本人の家族が被扶養者認定後6ヵ月以内に出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	

⑭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。 ※ 出産育児一時金等の支給額を上限額とする。
	令和 年 月 日 住所 甲 (被保険者) 氏名 所在地 乙 (代理人) 名称 電話番号 ( )

⑮受取代理人に関する金融機関の欄	金融機関名	銀行・信用金庫 本店・支店		
	預金種別	当座・普通	口座番号	
	預金名義人の氏名	フリガナ		

