

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)

(出産予定日の2カ月前から申請できます。)

*記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。太枠内は楷書で丁寧にご記入ください。
*記入内容を訂正される場合は、下記①欄に押された印鑑(★)を訂正印として必ず押してください。

被保険者記入欄

① 被保険者の	記号	番号	氏名・印	生年月日
			(印) (★)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
② 被保険者の現住所	〒 -		③ (マイナンバー) (*上記①欄/記号番号 記入の場合は、不要です)	
	日中連絡の取れる電話番号 ()			
④ 出産予定日・数	平成 年 月 日	⑤ 家族が出産 する場合	氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	単・多 (胎)		生年月日	
⑥ 資格喪失後 または 加入6ヶ月以内 に出産した場合	被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合、出産当日に加入している保険者名(組合名等)について			
	加入している保険者名	被保険者氏名	本人・家族の別 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	記号 番号
	家族が加入6ヶ月以内に出産した場合、以前加入していた保険者名(組合名等)について			
	加入していた保険者名	被保険者氏名	本人・家族の別 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	記号 番号
⑦ 出産予定の 医療機関等	名称			電話 ()
	所在地	〒 -		

*被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄」に必ずご記入・押印してください。
(被保険者印(★)代理人印(☆)は、別々の印鑑で押印し、ご提出ください。)

振込先金融機関の欄

銀行・店名	(店番号) (店名)	本店 支店	本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。
預金種別	銀行・金庫 普通・当座		被保険者(請求者) (住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同じ (印) (★) (氏名)
口座番号 (左づめでご記入ください)			
口座の名義人	(カタカナでご記入ください)		代理人(口座の名義人) (住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同じ (印) (☆) (氏名)

[添付書類]

1 「母子手帳」の出産予定者氏名及び出産予定日が記載されたページのコピーを添付してください。

受取代理人の欄

被保険者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である乙() (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・付加金のうち、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。
(*) 一児につき404,000円(産科医療補償制度に加入する医療機関において出産した場合は42万円)に付加金を含む合計額を上限とする。

平成 年 月 日

住所

甲(被保険者) 氏名 (印) (★)

住所

乙(代理人) 氏名 (印) (☆)

受取代理人に対する支払金融機関

銀行・店名	(店番号) (店名)	本店・支店・出張所	種類 普通・当座
銀行・金庫 ()			
口座番号	口座の名義人 (カタカナでご記入ください)		

(備考欄)