

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。

<input type="checkbox"/>	A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者記入欄 ※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所中被保険者のサイン(氏名)をご記入ください。

① 被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
② 被保険者の現住所	〒 -		③ 個人番号 (マイナンバー)	(※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 提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
⑤ 出産予定日・数	令和 年 月 日	⑥ 家族が出産する場合	氏名	生年月日
	単・多(胎)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
⑦ 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	記号 番号
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
	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			
⑧ 出産予定の 医療機関等	名称	TEL	()	
	所在地	〒 -		
⑨ 振込先 指定 口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は✓。利用しない場合下記の欄を記入。) ※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(右側)」を必ずご記入ください。			
	銀行・店名	(店番号)	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。	
	銀行・店名	本店	受取代理人	
	銀行・店名	支店	被保険者(請求者)	
	銀行・店名	支店	(住所)	
預金種別	銀行・金庫	(氏名)		
口座番号	普通・当座	被保険者と代理人との関係		
口座番号	普通・当座	配偶者・親子・その他()		
口座名義	(カタカナでご記入ください)	代理人(口座名義人)		
口座名義	(カタカナでご記入ください)	(住所)		
口座名義	(カタカナでご記入ください)	(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 ※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所中被保険者または医師のサイン(氏名)をご記入ください。

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(*)の受領に関すること。

(*) 一児につき488,000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50万円)に付加金を含む合計額を上限とする。

令和 年 月 日

甲(被保険者) 住所
氏名

乙(代理人) 住所
氏名

受取代理人に対する支払金融機関

銀行・店名	(店番号)	種類
銀行・店名	銀行・金庫 ()	普通・当座
銀行・店名	本店・支店・出張所	
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)