

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)

申請者(被保険者)が記入するところ	被保険者証の		記号	被保険者(申請者)の氏名	フリガナ
			番号		
	被保険者(申請者)の住所	フリガナ 〒 -			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	事業所の	名称	
	電話番号	( )		所在地	
	出産予定日・数	令和 年 月 日		単胎・多胎(胎)	
	出産予定者(申請者と同一の場合記入は不要です)	氏名		生年月日	
				昭・平・令 年 月 日	
	出産予定医療機関等	名称		電話番号 ( )	
		所在地 〒 -			
申請者に対する支払金融機関 (分娩費用が給付額を下回った場合、その差額が振り込まれます)					
金融機関名 (No. )	店名 (No. )	預金種別	口座番号	口座名義人(被保険者の口座)	
銀行 金庫 農協	本店 支店	普通 当座		フリガナ	
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、次に記載をお願いします。 <b>(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か月以内に出産することによる申請及び申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合。)</b> ※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。					
資格喪失後に加入している(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 電話番号	( )	記号 番号	
備考欄(注)					

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。

個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

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。 ※ 出産育児一時金の支給額を上限とする。 令和 年 月 日 甲(申請者)の住所 〒 - 氏名 乙(代理人)の住所 〒 - 氏名 電話番号 ( )				
	受取代理人に対する支払金融機関	金融機関名 (No. )	店名 (No. )	口座名義人(カタカナ)	
		銀行 金庫 農協	本店 支店		
		預金種別	普通 当座	口座番号	
健保受付					