

常務理事	事務長	係	係

支給決定欄	支給額	円	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日
	支払日	令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日

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】

注) 1. 出産予定日まで2ヶ月以内の方が申請可能です。
2. 母子手帳の出産予定日が分かる部分の写し、または出産予定日を証明する書類を添付してください。

申請者が記入するところ	保険証記号・番号	.	被保険者氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	申請者住所	〒			電話番号 (日中連絡先)	()
	出産予定者	本人・家族	出産予定者氏名	出産予定者生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	出産予定日及び胎児数	令和 年 月 日	出産予定の医療機関名称			
		・単胎 ・多胎 (児)	出産予定の医療機関住所			
	■下記に該当する場合に記入してください。			保険者名	電話	()
	1. 被保険者が退職後6ヶ月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号等			記号-番号	-	
2. 被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号等						
資格喪失後に出産予定の場合は、振込先金融機関	金融機関	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)		

受領代理の欄	<p>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を上限とする。</p>				
	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 _____			
受領代理人に対する支払金融機関					
金融機関	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)				