常務理事	事務長	係	係

昭和・平成・令和
年 月 日

令和 年 月 日

<記入例>

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	10 - 1234	被保険者 氏名	健保 太郎	生年 月日	昭和・平成 〇年 1 月 1 日	
	申請者 住所	〒123-4567 東京都港区〇〇1-2-3 ▽▽マンション 123号室			電話番号 (日中連絡先)	090 (1234) 5678	
	出産予定者	本人・ <u>家族</u>	出産予定者 氏名	健保 花子	出産予定者 生年月日	昭和・平成 〇年 2 月 2 日	
	出産予定日 及び胎児数	令和4年 〇 月 〇 日	出産予定の 医療機関名称	〇〇病院			
		<u>単胎</u> ・多胎 (児)	出産予定の 医療機関住所	東京都〇〇区△△1-1-1			
	■下記に該当する場合に記入してください。		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	保険者名	電話 ()		
		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	記号-番号	-			
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	退職などで被保険者の資格を喪失した (する) 場合のみご記入ください。				本店 支店	支店番号
	預金種別					その他()	

受領代理の欄	申請者(<u>健保 太郎</u>)(以下、「甲」という。)は、医療機関等である(<u>〇〇病院</u>)(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。					
	令和 〇 年 〇 月 〇 日					
	甲(被保険者) 住所		<u>東京都港区〇〇1-2-3 ▽▽マンション 123号室</u>			
	氏名		<u>健保 太郎</u>			
乙(医療機関等) 所在地		<u>東京都〇〇区△△1-1-1</u>				
名称		<u>〇〇病院</u>				
受領代理人に対する支払金融機関						
金融機関	<u>▽▽▽</u>	<u>銀行</u> 信用金庫	<u>〇〇</u>	本店 <u>支店</u>	預金種別 <u>普通</u> その他()	
口座番号	<u>1234567</u>		口座名義 (カタカナ)	<u>〇〇ピョウイン インチョウ 〇〇〇〇</u>		