

健 保 記 入 欄	同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	課長	係長	係員	扶・照合	
	支給決定額	円	内 訳	被保険者	円							
				代理人	円							
取得日	昭和・平成・令和			認定日	昭和・平成・令和			出産日	令和			
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等申請書 (受取代理用)

被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	記号 番号 第.....号	事業所の名称						
	被保険者(申請者)の氏名等	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者(申請者)の住所	(フリガナ)	〒 -		電話 ()				
	被扶養者が出産するための請求であるときは、その被扶養者の	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	出産予定日・数	令和		年	月	日	単・多(胎)		
	出産予定医療機関等の	名称	〒 -						
		所在地	〒 -						
		電話	()						
	被保険者に対する支払金融機関の欄(受取代理人に支払う額が50万円又は100万円未満の場合にのみ差額を振り込みます。) * 産科医療補償制度に未加入の医療機関等の場合などは、一児1.2万円を減額します。								
	金融機関名		店名		預金種目	口座番号(口座名義人は被保険者とする)			
銀行 信金・信組		本・支店		普通・当座					
1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後6か月以内に出産された場合、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ので、出産する方が被保険者の資格喪失後6か月以内の方と被扶養者認定後6か月以内の方は、被保険者・家族のいずれかに を付し、前加入していた保険者名と記号・番号の記載をお願いします。									
被保険者・家族	保険者名		記号		番号				

受 取 代 理 人 の 欄	<p>甲 () は、医療機関等である乙 () を 代理人と定め、次の権限を委任する。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のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(上限50万円、ただし、二児以上のときは上限100万円)の受領に関する事。</p> <p>* 産科医療補償制度に未加入の医療機関等の場合などは、一児1.2万円を減額します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲(被保険者)の住所 氏名 〒 -</p> <p>乙(代理人)の住所 (支払金融機関の口座名義人と同じ) 氏名 電話 () FAX ()</p>							
	受取代理人に対する支払金融機関	金融機関名	店名		預金種類	口座番号		
		銀行 信金・信組	本・支店		普通・当座			
		(フリガナ)						

印の箇所は受取代理人が記入してください。代理人と口座名義人が相違している場合、振込できません。

社会保険労務士の提出代行者印	

/ 受付日付印 \