

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 本 人	被保険者等	記号	番号	枝番	事業所 名称							
	ふりがな 氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	記号番号が不明な場合はマイナンバーを記入してください											
	〒( )					TEL( - - )※内線不可						
記 入 欄	住所											
	出産予定者・枝番 ※被保険者と同一の 場合は不要です	ふりがな 氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日		
	出産予定の医療機関	名称				所在地	〒( ) TEL( - - )					
健康保険法第106条の規定により、他健保組合等の被保険者(被保険者期間1年以上)であった扶養家族が退職後6ヶ月以内に出産される場合、または当健保組合の被保険者(被保険者期間1年以上)であった方が退職後6ヶ月以内に出産される場合は、下の保険者名等を漏れなく記入してください。												
扶養家族になる前、または当健保組合脱退後の 保険者(健保組合等)名及び記号・番号		保 険 者 名										
		記 号		番号・枝番								

注1. この申請の対象者は出産予定日まで**2ヶ月以内**の方となります。

2. 下欄の受取代理医療機関以外で出産することになった場合は「出産育児一時金受取代理申請取下書」を提出してください。

受 取 代 理 人 記 入 欄	<p>甲( )は、医療機関である乙( )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への直接支払制度等、他の方法による請求は行いません。                  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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲(被保険者)の氏名 _____</p> <p>乙(代理人)の所在地 〒 _____</p> <p>乙(代理人)の名称 _____</p> <p><b>なお、出産予定日・数は 令和 年 月 日 単・多( 胎)である。</b></p>										
	支払先 金融機関	金融機関名		店名							
	預金 種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号	口座 名義		(フリガナ)					
(備考欄)											

健 保 記 入 欄	管理番号										
	受付通知発行日	令和	年	月	日						
	資格喪失日	令和	年	月	日						
	出産予定日	令和	年	月	日						
	資格取得・扶養認定日	令和	年	月	日						

常務理事	事務長	主任	担 当
		IP	