

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)

被 保 険 者 が 記 載 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号	番号	わからない場合はマイナンバーを記載してください。				
	被保険者 (申請者) の氏名	(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)			〒 —			
	事業所の名称	TEL ()						
	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	令和 年 月 日			出産予定数	単・多 (胎)		
	出産予定の 医療機関等	名称						
		所在地	〒 —					
	被保険者 に対する支払 金融機関	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・金庫 信組・農協	本店 支店	普通 当座				
※出産育児一時金等の支給額のうち、受取代理人に支払う金額より差額が発生する場合のみ、振込みを行います。								
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カ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、以下のいずれかに該当する場合は、記載してください。 1.退職等により、被保険者資格喪失後6カ月以内に出産することによる申請の場合、資格喪失後に加入している保険者名及び記号・番号 2.被扶養者認定後6カ月以内に出産することによる申請の場合は、被扶養者認定前に加入していた保険者名及び記号・番号								
保険者名				記号	番号			

受 取 代 理 人 の 欄	申請者である甲()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(出産育児一時金等の支給額を上限とする)の受領に関する事。					
	令和 年 月 日					
	甲(被保険者)の住所					
	氏名 ㊞					
	※乙(代理人)の所在地 (支払金融機関の) 名称 ㊞ TEL () FAX ()					
受取代理人 に対する支払 金融機関	金融機関名	店名	預金種目	口座番号		
	銀行・金庫 信組・農協	本店 支店	普通 当座			
	口座名義	(フリガナ)				

※印の箇所は受取代理人が記載してください。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