

出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)

記入例

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	10	番号	1234567	
	被保険者	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎			
		住所	〒460-△△△△ (フリガナ) 愛知県名古屋市□□□□□□□□			
		生年月日	平成 3 年 10 月 1 日			
	出産予定日・数	令和 6 年 3 月 15 日 単胎・多胎				
出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です</small>	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子				
	生年月日	平成 8 年 2 月 15 日				
出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ) ○○○ピョウイン ○○○病院				
	所在地	〒△△△-△△△△ (フリガナ) アイチケン□□□□□□□□□□ 愛知県□□□□□□□□□□				
申請者に対する 支払金融機関	□□□		銀行 金庫 信組	□□□	店・本店 支店 出張所	
	預金 種別	1:普通 2:当座 3:別段 通知 貯蓄	口座 番号	△△△△△△△△	口座 名義 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	

申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。

健康保険法等10.6条の規定により、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上記に該当する場合のみご記入ください。

申請者本人の退職等により、健康保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号	保険者名			
	記号	番号		
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号	保険者名			
	記号	番号		

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (健保 太郎) は、医療機関等である (○○○病院) を代理人と定め、次の権限を委任します。また、被保険者は、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。 (被保険者が請求する出産育児一時金等のうち、医療機関が被保険者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。) <small>※出産育児一時金等の支給額を上限とする。</small>				
	令和 6 年 3 月 1 日				
	被保険者の住所 愛知県名古屋市□□□□□□□□				
	氏名 健保 太郎				
	医療機関の所在地 愛知県□□□□□□□□□□				
受取代理人に 対する支払 金融機関	□□□		銀行 金庫 信組	□□□	店・本店 支店 出張所
	預金 種別	1:普通 2:当座 3:別段 通知 貯蓄	口座 番号	△△△△△△△△	口座 名義 (フリガナ) ○○○ピョウイン ○○○病院

常務理事	事務長					受付日付印