健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

【受取代理用】

提出日　　年　　月　　日

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号	記号　　番号 －	生年月日	年　　月　　日
	被保険者 の 氏 名	フリガナ		
	住　　所	（〒　　－　　） TEL　　（　　）		
	金融機関 名　　称	銀 行 / 金 庫　　本 店 / 支 店　　営業部 / 出張所		
	預金種別	普通	口座番号	
	口座名義	カタカナ		

申請内容	出産する者	１．被保険者　　２．家族（被扶養者）				
	家族（被扶養者）の 場合はその方の氏名	フリガナ	生年月日	年　　月　　日		
	出産予定年月日	年　　月　　日	出　　産	単 ・ 多 （　　胎）		
	出産予定医療機関等					
	名　　称					
	所 在 地	〒				
	被保険者が出産予定の場合で、当健康保険組合の資格喪失後６か月以内に出産する場合、現在加入している健康保険組合等について					
	健保等 の名称		記　号		番　号	
	被扶養者（家族）が被扶養者認定後６か月以内に出産予定で、その家族が被扶養者認定以前に加入していた健康保険組合等について					
	健保等 の名称		記　号		番　号	

甲欄は被保険者、乙欄は代理人（医療機関等）、それぞれ記入のこと

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（※）の受領に関すること。
※上限50万円（産科医療保障制度対象の出産でない場合は48.8万円）

年　　月　　日

受取代理人の欄	甲（被保険者）	住 所	（〒　　－　　） TEL　　（　　）		
		氏 名			
	乙（医療機関等）	所在地	（〒　　－　　） TEL　　（　　）		
		名　称			
		受取代理人の 支払金融機関	金融機関 名　　称	銀 行 / 金 庫　　本 店 / 支 店　　営業部 / 出張所	
			預金種別	普 通　　当 座	口座番号
			口座名義	フリガナ	