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 2021年 7月 1日

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号	記号 1 7 _ 番号 1 2 3 4		生年月日	1990 年 1 月 1 日
被保険者の氏名	フリガナ ケンコウ ジロウ 健 康 二 朗			
住所	(〒 141 － 0001) 東京都品川区大崎1－2－3		TEL 03（5123）5555	
金融機関名称	三菱UFJ 銀行 / 金庫	大崎駅前 本店 / 支店 / 営業部 / 出張所		
預金種別	普通	口座番号	2222222	
口座名義	カタカナ ケンコウ ジロウ			

マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書等で確認できる健康保険の「記号」と「番号」をご記入ください。

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 ケンコウ ヨシミ 健 康 良 美		生年月日	1991 年 2 月 2 日
出産予定年月日	2021 年 3 月 3 日		出産	単 ・ 多（ 胎）
出産予定医療機関等				
名称	おおさき産婦人科医院			
所在地	〒 141-0011 東京都品川区南大崎2－2－5			
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

受取代理人の欄

医療機関等に記入を依頼してください

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（ 健康二朗 ）は、医療機関等である乙（ おおさき産婦人科医院 ）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）

2021 年 8 月 1 日

甲（被保険者）	住所	(〒 141 － 0001) 東京都品川区大崎1－2－3	TEL 03（5123）5555		
	氏名	健 康 二 朗			
乙（医療機関等）	所在地	(〒 －)			
	名称		TEL ( )		
支払受取代理人の関係	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	カタカナ			