

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号		番号		
	被保険者	氏名	(フリガナ) ⑩			
		住所	〒 - (フリガナ) 電話 ()			
		生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	出産予定日・数	令和 年 月 日 □単 □多 (胎)				
	出産予定者 <small>※被保険者と同一の場合は不要です</small>	氏名	(フリガナ)			
		生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)			
		所在地	〒 - (フリガナ)			
	申請者に対する支払金融機関	銀行 店				
	預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義	(フリガナ)	
受取代理人の欄 <small>※被保険者以外の口座名義にて受領の場合ご記入ください。</small>	私は、 ⑩ を代理人と定め、出産育児一時金の差額分の受領を委任します。 被保険者氏名： ⑩					
被保険者又は出産予定者が出産予定日から6ヶ月以内に健康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。 <small>※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6ヶ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。</small>						
被保険者の退職により、健康保険の被保険者資格喪失後、6ヶ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	
被保険者の家族が被扶養者認定後、6ヶ月以内に出産することによる申請である場合、その家族が被扶養者認定以前に加入していた保険者と記号・番号		保険者名		記号	番号	

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	
----	--

組 合 記 入 欄	医療機関等の請求額					出産育児一時金の振込金額内訳														
	拾万	万	千	百	十	円	医療機関	拾万	万	千	百	十	円	被保険者	拾万	万	千	百	十	円
	備考																			