

1. 申請書に記入する事項について	常務理事	部長	課長	担当者	同年月日	平成 年 月 日	受付印
					受取代理の要件	1 満たしている 2 満たしていない	
						受付番号	
	資格関係 照合済		年 月 日 取得 年 月 日 喪失	備考			

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）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	事業所	名 称	
					所在地	
	被保険者の (申請者の) 氏名・印 住 所	氏 名	フリガナ()	住 所	郵便番号	-
	出産予定日 及び数	平成 年 月 日	被扶養者が出産するための申請である場合は、その者の			
		単・多(胎)	氏 名		生年 月 日	平成 年 月 日 昭 和
	出 産 予 定 医 療 機 関 等	名 称				
		所在地				
	被保険者に対する 支払金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合		本 店	店番	預金種別
		口座名義	(フリガナ)	支 店	口座番号	
申請者又は出産予定者が出産予定日から6ヵ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、以下にご記入ください。 (健保法等の規定により1年以上被保険者であった方が資格喪失後6ヵ月以内に産まれた場合、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)						
申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者 資格喪失後、6ヵ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称と記号・番号			保険者名			
			記 号		番 号	
申請者の家族が被扶養者認定後、6ヵ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 いた保険者名称と記号・番号			保険者名			
			記 号		番 号	

受 取 代 理 人 の 欄	<p>被保険者(申請者)である甲()は、医療機関等である乙()を代理人と定め、 次の権限を委任します。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等のうち、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。 〔一児につき、42*万円を上限とする。(*裏面の支給額表を参照のこと)〕 平成 年 月 日</p> <p>甲(被保険者)の住所 _____ 氏名 _____ 印</p> <p>乙(医療機関等)の住所 _____ 名称 _____ 印 窓()</p>					
	受取代理人に対 する支払金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合		本 店	店番	預金種別
		口座名義	(フリガナ)	支 店	口座番号	