

☐被保険者
☐被扶養者

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	被保険者等	記号		番号		事業所の名称	
	被保険者の氏名					被保険者の生年月日	昭・平 年 月 日
	被保険者住所、電話番号	(フリガナ) 〒 TEL ()					
	出産予定者氏名 (被保険者の場合は記載不要)		生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者との続柄	☐ 配偶者 ☐ その他()	
	出産予定日	令和 年 月 日		出産予定児数	☐ 単胎 ☐ 多胎 (胎)		
	出産予定の医療機関等	名称	(フリガナ)				
		所在地	〒 (フリガナ)				
	振込口座	※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。					
		金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)	
	出産された方	☐ 被保険者⇒退職後6か月以内の出産ですか。 ☐ 被扶養者⇒当組合に加入後6か月以内の出産ですか。			☐ はい ☐ いいえ		
「はい」の場合、『健康保険の名称』と『記号・番号』をご記入ください。 ■被保険者⇒現在、加入している健康保険の名称を記入 ■被扶養者⇒当組合加入前に加入していた健康保険の名称を記入				健康保険の名称			
				記号－番号			

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。) 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。 上記のとおり申請します。 なお、当申請を事業所経由で行う場合、健康保険組合への書類提出を事業所に委任します。 令和 年 月 日 甲の住所: 〒 甲の氏名: 乙の所在地: 〒 乙の名称: TEL ()				
	受取代理人(医療機関)に対する支払金融機関の欄				
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	名義人(カナ)
			1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄		

備考欄 ※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

受付日付印