

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	被保険者証	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(請求者)の住所、電話番号	(フリガナ) 〒 TEL ()					
	出産予定者氏名 <small>(被保険者の場合は記載不要)</small>	生年月日		昭・平 年 月 日	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()	
	出産予定日	令和 年 月 日		出産予定児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 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	在籍者	給与口座にお振込みいたします。				
		退職者	※退職者の方は振込希望口座を記入してください。				
			金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)
			普通				
被保険者(申請者)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又は船員保険の資格を喪失している場合は、以下のア)、イ)いずれか該当する方に記載をお願いします。 ※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。							
ア) 被保険者本人の退職等により、太陽生命健康保険組合の被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出産されることによる申請である場合は、資格喪失後に加入している健康保険の名称と連絡先電話番号、現在の記号・番号		現在加入している健康保険の	名称				
			電話番号	()			
			記号-番号				
イ) 出産予定者である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は、その家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の名称と連絡先電話番号、その時の記号・番号		以前加入していた健康保険の	名称				
			電話番号	()			
			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。 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