

健康保険

被保険者
被扶養者

出産育児一時金

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				被保険者（請求者）の生年月日	
	記号		番号		年 月 日	
	被保険者 （申請者）の氏名				被保険者の 事業所	
	被保険者 （請求者）の住 所・連絡先	〒 ー TEL （ ）				
	被扶養者が出産す る場合	被扶養者の氏名			被扶養者の生年月日	
					年 月 日	
	出産予定年月日			出産児の予定数		
	年 月 日			単胎 ・ 多胎（ 児）		
	出産予定の医療機関等の名称および住所					
	名称					
	所在地		〒 ー TEL （ ）			
	被保険者の受取金融機関					
	金融機関名		銀行 金庫 信組	支店名	本店 支店 出張所	
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他（ ）		口座番号		
	口座名義人					
	被保険者が出産予定の場合で、当健保組合の資格喪失後6ヶ月以内に出産する場合、現在加入している健康保険について					
	健保等の名称			記号・番号		
	被扶養者が扶養認定後、6ヶ月以内に出産予定の場合で、認定以前に加入していた健康保険について					
健保等の名称			記号・番号			

受 取 代 理 人 の 欄	甲欄は被保険者、乙欄は代理人（医療機関等）がそれぞれ記入					
	甲（ ）は、医療機関等である乙（ ）を代理人と定め、次の権限を委任する。					
	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。					
	※一児につき出産育児一時金の支給見込額を上限とする。					
	年 月 日					
	甲（被保険者）の住所					
	氏名		TEL （ ）			
	乙（医療機関等）の住所					
	氏名		TEL （ ）			
被保険者の受取金融機関						
金融機関名		銀行 金庫 信組	支店名	本店 支店 出張所		
預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他（ ）		口座番号			
口座名義人						

注） ・ 出産予定日まで2か月以内であること。 【受付日付印】

・ 出産予定日を証明する書類（母子手帳など）の写しを添付してください。

・ 申請後に受取代理人である医療機関以外で出産することになった場合は、速やかに健保組合に申し出てください。