

※支給決定日		支給決定日 令和 年 月 日					
支給額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担 当	受付日付印
	合 計	医療機関支給額	円				
		被保険者支給額	円	分娩日	令和 年 月 日		

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者)が記入するところ	被保険者証	記号	〇〇	番号	〇×〇	生年月日	平成〇 年 〇 月 × 日
	被保険者氏名住所	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				
		住所	〒 123-4567 (フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇チョウ 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号 電話 12 (3456) 7891				
	出産予定日・数	令和 〇 年 〇〇 月 △△ 日 単・多(胎)					
	出産予定者	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子				続柄
※申請者と同一の場合は不要です	生年月日	昭和△△ 年 〇〇 月 ×× 日					
出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) ケンボサンジツカイイン 健保産婦人科医院					
	所在地	〒 111-2323 (フリガナ) ××ケン××シ△△チョウ ××県××市△△町4-5-6					
申請者に対する支払金融機関	銀行	〇×△ 銀行 金庫 信組 △× 店・本店 支店 出張所					
	預金種別	普通当座	口座番号	1234567	口座名義	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	

申請者又は出産予定者が出産予定日から6か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。

申請者本人の退職等により、健康保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産する者名と記号・

※6ヶ月以内の取得・喪失の異動がある人は、必ず記入してください。記入がない場合は、支給できません。

保険者名 協会けんぽ 東京
記号 111 番号 123456

申請者本人の申請である場合は、申請者の被保険者資格喪失日からの加入している保険者名と記号・番号

保険者名
記号 番号

受取代理人の欄	申請者(健保 太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(健保産婦人科医院)(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。						
	※ 出産育児一時金等の支給額を上限とする。						
	令和 〇 年 △ 月 × 日						
	甲(被保険者)の住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号					
氏名	健保 太郎						
乙(代理人)の所在地	××県××市△△町4-5-6						
名称	健保産婦人科医院					電話	00 (1234) 5679
受取代理人に対する支払金融機関	銀行	×△△ 銀行 金庫 信組 〇〇 店・本店 支店 出張所					
	預金種別	普通当座	口座番号	3456789	口座名義	(フリガナ) ケンボサンジツカイイン 健保産婦人科医院	

(備考欄)

(添付書類) 母子健康手帳の出産予定日及び氏名を確認できる面の写し