

※支給決定伺		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	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	妻		
	※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) ケンボサンフジンカイイン 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	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	銀行 金庫 信組	△×	店・本店 支店 出張所
	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 に出産する者名と記号・番号				保険者名		協会けんぽ 東京					
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 に出産する者名と記号・番号				記号		111		番号		123456	
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 に出産する者名と記号・番号				保険者名							
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 に出産する者名と記号・番号				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	預金 種別	普通・当座	口座 番号	3456789		口座 名義	(フリガナ) ケンボサンフジンカイイン 健保産婦人科医院	銀行 金庫 信組	〇〇	店・本店 支店 出張所

(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