

※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
	付加給付	款 項 目	円				
	合 計	被保険者支給額	円				
		医療機関支給額	円	分娩日	令和	年	月

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

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 ※申請者と同一の場合は 不要です	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子								続柄	妻		
	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) ケンボサンフジノカイン 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	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・番号	※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						
申請者本人の請求である場合、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・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(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)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 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) ケンボサンフジノカイン 健保産婦人科医院					

(備考欄)