

※支給決定日		支給決定日 令和 年 月 日					受付日付印	
支給額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担 当		
	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
			円					

## 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	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者 氏 名 住 所		氏名	(フリガナ) 印					
			住所	〒 (フリガナ) 電話 ( )					
	出産予定日・数		年 月 日 単・多(胎)						
	※申請者と同一の場合は 不要です		氏名	(フリガナ)				続柄	
			生年月日	年 月 日					
	出産予定 医療機関等		名称	(フリガナ)					
			所在地	〒 (フリガナ)					
	申請者に対する 支払金融機関						銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所	
			預金 種別	普通	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)		
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ことによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号					保険者名				
					記号			番号	
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か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( ) (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。								
	※ 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 年 月 日								
甲(被保険者)の 住 所		氏 名		印					
乙(代理人)の 所在地		名 称		印 電話 ( )					
受取代理人に対する支払金融機関						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	口座 名義	(フリガナ)			

(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