

※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 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		番号		生年月日		年	月	日	
	被保険者氏名住所	氏名	(フリガナ)								
		住所	〒 (フリガナ)								
	出産予定日・数	年 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)							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	預金種別	普通	口座番号		口座名義	(フリガナ)					
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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>※ 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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲(被保険者)の 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>乙(代理人)の 所在地</p> <p>名 称</p> <p>電 話 ()</p>									
	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		口座名義	(フリガナ)			
	銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所									

(備考欄)