

※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	

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					
		住所					
	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					続柄
		生年月日	年 月 日				
	出産予定医療機関等	名称					
		所在地					
	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か月以内に出生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か月以内に出生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を上限とする。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲(被保険者)の住所 氏名</p> <p>乙(代理人)の所在地 名称 電話 ()</p>						
	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