

| | | | | | | | | | |
|------|------|----|------|----|----|----|---|---|--|
| 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 扱者 | 取得 | . | . | |
| | | | | | | 喪失 | . | . | |

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 | | ① 記号 | | | ③ 氏名 | | | | | | | | |
| | | | ② 番号 | | | ④ 生年月日 | 昭・平 | 年 月 日 | | | | | | |
| | ⑤ 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑥ 電話番号 | 自宅 | | 携帯電話等（日中連絡が取れる番号） | | | | | | | | | | |
| ⑦ 出産予定日 | | 令和 年 月 日 | | | ⑧ 出産予定数 | 単胎 ・ 多胎（ 児 ） | | | | | | | | |
| 出産予定者 | | ⑨ 氏名 | | | | ⑩ 生年月日 | 昭・平 | 年 月 日 | | | | | | |
| | | ※申請者と同一の場合は不要 | | | | | | | | | | | | |
| ⑪ 名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫ 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| ⑬ 資格喪失後に 出産予定の場合、 振込先 金融機関 | | 銀行コード | | | | | 支店番号 | | | | | 1. 普通 | 口座番号 | |
| | | 銀行 | | | | | 支店 | | 2. 当座 | | | | | |
| | | フリガナ | | | | | | | | | | | 3. 他() | |
| | | 口座名義 | | | | | | | | | | | | |
| <p>★出産育児一時金は他の医療保険に重複して請求はできません。 ⑭に該当する方は必ず記入して下さい</p> <p>⑭ a. 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</p> <p>b. または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 → 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</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者名 | | | | | | 記号 | | | 番号 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|------|-------|--|--|--|--|------|--|-------|--|--|-------|---------|--|
| 受取代理人の欄 | <p>⑮ 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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲 の 住所 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>乙 の 所在地 _____</p> <p>名 称 _____ 電話 () _____</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑯ 受取代理人に対する 支払金融機関 | | 銀行コード | | | | | 支店番号 | | | | | 1. 普通 | 口座番号 | |
| | | | 銀行 | | | | | 支店 | | 2. 当座 | | | | | |
| | | | フリガナ | | | | | | | | | | | 3. 他() | |
| | | 口座名義 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 備考 | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

※振込先にゆうちょ銀行を希望される方は通帳コピーを添付してください。記号・番号・おなまえ・お届け印が載っているページです。

| | | | | | |
|------|------|----|------|----|----|
| 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 扱者 |
|------|------|----|------|----|----|

被保険者証に記載されている記号・番号を記入して下さい。

記入例

申請者は被保険者となります。

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) | ① 記号 | 177 | ③ 氏名 | 東広 太郎 | | |
| | ② 番号 | 20000 | ④ 生年月日 | 昭平 | 50 | 年 1 月 1 日 |
| 申請者 (被保険者) | ⑤ 住所 | 〒 104-0045 東京都中央区築地〇-〇-〇 | | | | |
| | ⑥ 電話番号 | 自宅 03 (1234) △△△△ 090 (1234) ×××× | | | | |
| 申請者 (被保険者) | ⑦ 出産予定日 | 令和 1 年 5 月 25 日 | | | ⑧ 出産予定数 | 単胎 ・ 多胎 (児) |
| | ⑨ 氏名 | 東広 花子 | | | ⑩ 生年月日 | 昭平 58 年 12 月 31 日 |
| 申請者 (被保険者) | ⑪ 名称 | 銀座〇〇病院 | | | | |
| | ⑫ 所在地 | 〒 104-0061 東京都中央区銀座〇-〇-〇 | | | | |
| 申請者 (被保険者) | ⑬ 資格喪失後に 出産予定の場合、 振込先金融機関 | 銀行コード | 支店番号 | 1. 普通 | 口座番号 | |
| | | 銀行 | 支店 | 2. 当座 | | |
| | | フリガナ | | 3. 他() | | |
| | | 口座名義 | | | | |
| <p>★出産育児一時金は他の医療保険に重複して請求はできません。 ⑭に該当する方は必ず記入して下さい</p> <p>a. 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</p> <p>⑭ b. または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 → 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</p> | | | | | | |
| 保険者名 | | 記号 | | 番号 | | |

退職等で被保険者の資格を喪失した(する)場合のみ記入して下さい。

※振込先にゆうちょ銀行を希望される方は通帳コピーをおなまえてお届け印が載っているページです。

| | | | | | | | | |
|---------|---|-------|-----------------|-------|-------|---------|------|-----|
| 受取代理人の欄 | <p>⑮ 申請者 (東広 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である (銀座〇〇病院) (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※の受領に関する事。</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 元 年 5 月 10 日</p> <p>甲 の 住所 東京都中央区築地〇-〇-〇</p> <p>氏名 東広 太郎</p> <p>乙 の 所在地 東京都中央区銀座〇-〇-〇</p> <p>名称 銀座〇〇病院 電話 03 (××) 0000</p> | | | | | | | |
| | 受取代理人に対する 支払金融機関 | 銀行コード | 〇〇 | 銀行 | △△△△△ | 支店 | 口座番号 | |
| | | フリガナ | ギンザ | 〇〇 | ビヨウ | ウイシ | イン | チヨウ |
| | | 口座名義 | 銀座〇〇病院 院長 〇〇〇〇〇 | | | | | |
| | | 1. 普通 | | 2. 当座 | | 3. 他() | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | |

・ご記入いただいた内容に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

・出産予定日まで2か月以内の方が申請可能です。

・出産後、医療機関等からの報告にもとづき健保組合が医療機関等に受取代理額を支払います。