

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金支給申請書(受取代理用)

令和 年 月 日請求

●被保険者等記号と番号は、「マイナンバー」資格情報のお知らせ「資格確認書(健康保険証)」のいずれかでご確認ください。

被 保 険 者 等 記 号 と 番 号 が 記 入 す る 欄	被保険者等 記号と番号	記号 番号	フリガナ 被保険者名 (申請者)	生 年 月 日 昭 平 年 月 日		
	被保険者 (申請者)の住所	〒 ー 電話 ()				
	事業所の名称 (勤務先)					
	出産予定日・数	令和 年 月 日	単・多(胎)			
	被扶養者が出産する ための請求である ときはその者の 氏名・生年月日	フリガナ 氏 名	生 年 月 日 昭 平 年 月 日			
	出産する医療 機関の名称・ 所在地	名 称 所 在 地	〒 ー			
	被保険者の分べんが資格喪失 後であるときは、現在の保険者 名と記号・番号	(ア)保険者名	(ア)の電話番号	記号・番号	勤務先名称	被保険者氏名 (世帯主名)
家族の分べんが被扶養者となっ てから6ヶ月以内のときは、以前 の保険者名と記号・番号						

支 払 金 融 機 関 の 欄	銀行名			委 任 状 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 (請求者) 氏名 住所 代理人 氏名
	店番号 支店名			
	種類	普通・当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			

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 甲の住所 氏名 乙の所在地 名称 電話 ()							
	受取代理人に 対する支払 金融機関	銀行名	店番号	支店名	預金 種別	1. 普通 2. 当座 3. 別段	4. 通知 5. 貯蓄	口座 番号

【留意事項】

- ※この出産育児一時金等支給申請(受取代理用)の対象者は、出産予定日の2ヶ月以内の者とする。
- ※「支払金融機関の欄」は、請求者が資格喪失している場合及び任意継続者は、個人口座へ振り込みますので上記の欄に記入してください。(委任状は不要です。)
- ※「委任状」の代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。
- ※この申請書の医療機関以外で出産することになった場合は、速やかに当組合までご連絡ください。
- ※ゆうちょ銀行の場合には、店番「通帳の記号5桁」支店名「漢数字の3文字」口座番号「通帳の番号8桁」を記入してください。

受付日付印