

【提出】被保険者 → 受取代理人(証明) → 被保険者 → 事業所健保担当窓口 → 健康保険組合

受付印

事業主印

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 險 者 記 入 欄	健康保険証の記号		事業所 名 称		
	番 号		事業所 所 在 地		
	被 保 險 者 本 人	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日 昭和 平成・令和 年 月 日		
		(フリガナ) 住 所	TEL(- -)		
	出産予定者 ※被保険者と同一の 場合は不要です	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日 昭和 平成・令和 年 月 日		
	出 産 予 定 の 医 療 機 関	名 称	〒(-) TEL(- -)		
		所 在 地			
健康保険法第106条の規定により、他健保組合等の被保険者(被保険者期間1年以上)であった扶養家族が退職後6ヶ月以内に出産される場合、または当健保組合の被保険者(被保険者期間1年以上)であった方が退職後6ヶ月以内に出産される場合は、下の保険者名等を漏れなく記入してください。					
扶養家族になる前、または当健保組合脱退後の保険者(健保組合等)名及び記号・番号		保 險 者 名			
		記 号	番 号		

注1. この申請の対象者は出産予定日まで**2ヶ月以内**の方となります。

2. 下欄の受取代理医療機関以外で出産することになった場合は「出産育児一時金受取代理申請取下書」を提出してください。

受 取 代 理 人 記 入 欄	甲()は、医療機関である乙()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の医療機関への直接支払制度等、他の方法による請求は行いません。 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。 令和 年 月 日 甲(被保険者)の氏名 _____ (印) 乙(代理人)の所在地 〒 _____ 乙(代理人)の名称 _____ (印) なお、出産予定日・数は 令和 年 月 日 単・多(胎) である。			
	支 払 先 金 融 機 関	金融機関名		店名
		預金 種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号
	(備考欄)			

健 保 記 入 欄	管理番号	
	受付通知発行日	令和 年 月 日
	資格喪失日	令和 年 月 日
	資格取得・扶養認定日	令和 年 月 日

常務理事	事務長	主任	担 当
		IP	