

出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

令和 年 月 日提出

申請者が記入するところ	被保険者		記号		事業所名称			
			番号		所属			
	氏名		(フリガナ)	印		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所		(フリガナ)			電話 ()		
	出産予定日・胎児数		令和 年 月 日 (単胎・多胎)					
	出産予定者		被保険者・被扶養者(家族)			被保険者との続柄		
	被扶養者氏名		氏名	(フリガナ)	生年月日		昭和 平成 令和	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)	電話 ()			
	被保険者振込先 (被保険者名義)		預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義	(フリガナ)
<p>■次に該当する場合は、必ず下の欄に記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・出産した者が、出産前6ヵ月以内に他の健康保険の被保険者であったときは、前加入先 ・被保険者が、当組合の資格を失った後6ヵ月以内に出産したときは、現在の加入先 								
保険者名(健保、協会けんぽ等の名称)				所在地				電話 ()
記号		番号		加入時の氏名				
※1 備考								

※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお、記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。
個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認をおこないますので、個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有していない場合は住所、氏名が記載された公的書類を2つ以上)を申請者が健保に直接持参してください。

添付書類

○母子健康手帳の写し(出産者氏名および出産予定日が分かるページ)または出産予定日を証明する書類

請求にあたっての注意事項

○出産予定日の2ヶ月以内に提出してください。
○受取代理人である医療機関等以外で出産することになった場合はご連絡ください。

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、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>※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、付加給付金相当額を含む)を上限とする。</p>								
	<p>令和 年 月 日</p> <p>甲の住所</p> <p>氏名 印</p> <p>乙の所在地</p> <p>名称 印 電話 ()</p>								
受取代理人振込先		預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	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