

	常務理事	事務長	担当
元			

分娩機関より「受取代理」の依頼があれば、被保険者、分娩機関がご記入の上、出産前に、この申請書をご提出ください。

健康保険(本人 / 家族)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	5	番号	99999	
	申請者(被保険者)	氏名(署名)	健保 花子			*自署してください
		住所	〒 108-6290 東京都港区港南2-15-3 電話 03(6433)3600			
		生年月日	昭和平成令和 9年9月9日			
	出産予定日・数	令和 9年9月9日 単多(胎)				
	出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です</small>	氏名				
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
出産予定医療機関等	名称	〇〇産婦人科				
	所在地	〒 244-8533 神奈川県横浜市栄区长尾台町471				

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。

※ 健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出生された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。

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	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か月以内に出産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		

申請者(健保 花子)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇産婦人科)(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。

令和 年 月 日

甲の住所 東京都港区港南2-15-3
 氏名 健保 花子
 乙の所在地 神奈川県横浜市栄区长尾台町471
 名称 〇〇産婦人科 電話 045(852)2111

* 甲の住所・氏名は、自署してください。
 * 乙の所在地・名称は、医療機関の署名、又は所在地・名称・電話番号が記されたゴム印等を押ししてください。

受取代理人に対する支払金融機関	〇△				銀行 金庫 信組	〇□	本店・ 支店 出張所
	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	9999999	口座名義	(フリガナ) マルマルサンフジノカ 〇〇産婦人科

(備考欄) 出産費用請求報告書の請求金額

必ず、添付してください。

※ 添付書類: 出産予定日の確認のため、母子健康手帳の写しまたは予定日を証明する書類