

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金支給申請書

<受取代理用>

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の			
	記号	8XX	番号	XXXX
	被保険者 (申請者) の氏名	ふりがな <b>けんぼ たろう</b> 在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。 <b>健保 太郎</b> (印)		生 年 月 日 昭和・平成 <b>平成</b> X X X X X X
	被保険者 (申請者) の住所	〒 X X X - X X X X	<b>東京</b> 都道府県 <b>〇〇</b> 市 <b>区</b> 郡	電話 <b>080 - 1234 - 5678</b>

申 請	出産 する者	1.被保険者 <b>2.被扶養者(家族)</b>	
	被扶養者の 場合は、 その方の	氏 名	生 年 月 日 昭和・平成 <b>平成</b> X X X X X X
	出 産 予 定 年 月 日	出 産 児 の 予 定 数	
	令和 X X X X X X	<b>単胎</b> ・多胎( 児)	
内 容	出産予定医療機関等の		
	名 称	<b>〇〇クリニック</b>	
	所在地	〒 X X X - X X X X	<b>東京</b> 都道府県 <b>〇〇</b> 市 <b>区</b> 郡 電話 <b>03 - 1234 - 5678</b>
	被保険者が出産予定の場合で、当健保組合の資格喪失後6か月以内に出産する場合、現在加入している健康保険について		
健保等 の名称	記号	番号	
被扶養者(家族)が被扶養者認定後、6か月以内に出産予定の場合で、その家族が被扶養者認定以前に加入していた健康保険について			
健保等 の名称	<b>〇〇〇健康保険組合</b>	記号 <b>XXX</b>	番号 <b>XXXX</b>

受取代理人の欄につきましては、裏面にあります。

受 付 印

■ 添付書類

母子健康手帳(写)または出産予定日を証明する書類  
※必ず出産者名と出産予定日が記載されていること

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	(印)
-----------------------	-----

<p>甲欄は被保険者、乙欄は代理人（医療機関等）、それぞれ記入・捺印のこと</p> <p>甲（ <b>健保 太郎</b> ） は、医療機関等である乙（ <b>〇〇クリニック</b> ） を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>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>甲が請求する出産育児一時金のうち、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。</p> <p>※上限42万円（産科医療補償制度対象の出産でない場合は40.8万円）</p> <p style="text-align: right;">令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日</p>															
代 理 者 の 欄	甲 （ 被 保 険 者 ）	住所	〒	X	X	X	—	X	X	X	X	東京	都 道 府 県	〇〇	市 区 郡
		氏名	<b>△△町X丁目〇-〇〇</b> 電話 <b>080 - 1234 - 5678</b> <b>健保 太郎</b> (印)												
人 の 欄	乙 （ 医 療 機 関 等 ）	住所	〒	X	X	X	—	X	X	X	X	東京	都 道 府 県	〇〇	市 区 郡
		名称	<b>△△町X丁目〇-〇〇</b> 電話 <b>03 - 1234 - 5678</b> <b>〇〇クリニック</b> (印)												
		受取代理人の支払金融機関	預金種別	1.普通	2.当座	3.その他 ( )	口座番号	X	X	X	X	X	X	X	口座名
		<b>△△△</b> (銀行 借金 組合 労金)		<b>□□□</b> 本店		<b>支店</b> 出張所									