

被保険者
健康保険 出産育児一時金等申請書（受取代理用）
家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証		記号			被保険者	(フリガナ)				
			番号			の氏名					
	住 所		〒				TEL		()		
	事 業 所 名										
	出産予定日		年		月		日		単 ・ 多 (胎)		
	出産予定者 氏 名		(フリガナ)				続 柄		被扶養者認定年月日		
							()		年 月 日		
	出 産 予 定 医 療 機 関 等		名 称	(フリガナ)							
			所在地	〒		—		TEL		()	
	金 融 機 関	銀 行		本店		1：普通		口 座 番 号			
信用金庫		支店		2：当座							
信用組合		支店コード		3：貯蓄		口座名義 (カタカナ)					
農 協											
被扶養者が当組合の認定を受けて6ヶ月以内の出産の場合は下記に記入してください。											
※ 健康保険法第106条の規定により1年以上被保険者であった方が資格喪失後、6ヶ月以内に出産された場合、資格喪失をした保険者から出産育児一時金を受けることができる。											
申請者本人の退職により、健康保険の被保険者資格喪失後、6ヶ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					
						記号・番号					
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6ヶ月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が認定前に加入していた保険者名と記号・番号						保険者					
						記号・番号					
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。)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等への直接支払制度は利用しません。 ※出産育児一時金の額42万円(産科医療補償制度に加入する医療機関等の在胎週数22週に達した日以後の出産でない場合は39万円)を上限とする。 令和 年 月 日 甲の住所 _____ 氏名 _____ 乙の所在地 _____ 名称 _____ TEL ()										
	金 融 機 関	銀 行		本店		1：普通		口 座 番 号			
		信用金庫		支店		2：当座					
		信用組合		支店コード		3：貯蓄		口座名義 (カタカナ)			
		農 協									
	1. 対象者 出産予定日まで2ヶ月以内の被保険者又は被扶養者。										
	2. 手続き方法 申請者記入欄に記載し、医療機関等から「受取代理人の欄」に記入を受け提出してください。										