

### 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証	記号		番号		
	被 保 険 者	氏名	(フリガナ)			
		住所	〒 ( )			
		生年月日	年	月	日	
	出産予定日・児数	令和 年 月 日			単・多( 胎)	
	※ 母子健康手帳の「分娩予定日」が記入されているページのコピーを必ず添付してください。					
	出 産 予 定 者 ※被保険者と同一の場 合は不要です	氏名	(フリガナ)			
		生年月日	年	月	日	
	出 産 予 定 医 療 機 関 等	名称	(フリガナ)			
		所在地	〒 ( )			
被 保 険 者 に 対 する 支 払 金 融 機 関	銀行 金融 信組 店・本店・ 支店・出張所					
	預金種別		口座番号		口座名義 (フリガナ)	
被保険者または出産予定者が出産予定日から6カ月以内に健康保険または船員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条または船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険または船員保険の被保険者であった方が、被保険者資格喪失後、6カ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。						
被保険者の退職等により、健康保険または船員保険の被保険者資格喪失後、6カ月以内に出生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	
被保険者の家族が被扶養者認定後、6カ月以内に出生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	
(必須) <input type="checkbox"/> に確認のチェックを付けてください。						
<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。					

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者( ) (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、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 氏名					
	乙の所在地 名称 Tel ( )					
受 取 代 理 人 に 対 する 支 払 金 融 機 関	銀行 金融 信組 店・本店・ 支店・出張所					
	預金種別		口座番号		口座名義 (フリガナ)	