

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		
支払内訳	医療機関	円	
	被保険者	円	

常務理事	事務長		担当
資格取得日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日
支払年月日	年	月	日

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	① 被保険者(請求者) の氏名・生年月日と 印	フリガナ	
	被保険者(請求者) の住所・電話番号	フリガナ 〒 - 電話 ()				
	事業所の名称および 住所・電話番号	名称				
		所在地	フリガナ 〒 - 電話 ()			
	被扶養者が出産するための請求 であるときは、その者の氏名、 生年月日	フリガナ	氏名	生年月日	昭和 年 月 日生	平成
	資格喪失後に出産予定の場合は、新しい被保険者証の 保険者名及び記号・番号、または被扶養者が扶養認定日 以降6ヶ月以内に出産予定の場合は、被扶養者認定前 に加入していた被保険者証の保険者名及び記号・番号	保険者名		出産予定日	平成 年 月 日	
		記号・番号				
	出産予定の医療機 関等の名称および住 所・電話番号	名称				
		所在地	フリガナ 〒 - 電話 ()			
	② 被保険者(請求者)の対する支払金融機関の欄					
③ 金融機関名	金融機関コード	銀行 金庫 信組	店番コード	本店 支店 出張所	④ 口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()
口座番号	口座名義		フリガナ			

受 取 代 理 人 に 関 す る 欄	<p>甲()は、医療機関等である乙()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(※ 円)の 受領に関すること。 ※一児につき出産育児一時金の支給見込額を 上限とする</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>甲(被保険者) 住所 氏名 (印)</p> <p>乙(代理人) 住所 氏名 (印)</p>						
	受取代理人に対する支払金融機関の欄						
	⑤ 金融機関名	金融機関コード	銀行 金庫 信組	店番コード	本店 支店 出張所	⑥ 口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()
	口座番号	口座名義		フリガナ			

日本電子健康保険組合

受付日付印

(注)・出産予定日まで2ヶ月以内であること

- ・出産予定日を証明する書類(母子手帳等)の写しを添付してください。
- ・申請後に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、速やかに健康保険組合に申し出てください。