

受付年月日	年	月	日
伺年月日	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 1	番号 8910	① 被保険者(請求者)の氏名・生年月日と印 フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 (印) 昭・平 58年 2月 20日生
	被保険者(請求者)の住所・電話番号	フリガナ トウキョウト ○○ シ △△ 〒196 - 0000 東京都○○市△△1-2-3 電話 000 (123) 4567		
	事業所の名称および住所・電話番号	名称 ○○○○株式会社	所在地 〒000 - 0000 東京都○○市△△1-1-1	電話 000 (987) 6543
	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 ケンボ サクラ	氏名 健保 さくら	生年月日 昭和 59年 6月 1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 記号・番号	出産予定日 平成 ○○年 9月 30日	
	出産予定の医療機関等の名称および住所・電話番号	名称 ○○病院	所在地 〒000 - 0000 東京都△△市○○3-2-1	電話 000 (□□□) △△△
	② 被保険者(請求者)の対する支払金融機関の欄			
	金融機関名	金融機関コード ○○○	店番コード △△△	④ 口座種別 ① 普通 2. 当座 3. その他 ( )
口座番号	1234567	口座名義	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	

受取代理人に関する欄	甲( 健保 太郎 )は、医療機関等である乙( ○○病院 )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等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(※ 420,000 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			
	平成 ○○ 年 8月 29日			
	甲(被保険者)	住所	東京都○○市△△1-2-3	氏名 健保 太郎 (印)
	乙(代理人)	住所	東京都△△市○○3-2-1	氏名 ○○病院 (印)
受取代理人に対する支払金融機関の欄				
金融機関名	金融機関コード △△△	店番コード ○○○	⑥ 口座種別 ① 普通 2. 当座 3. その他 ( )	
口座番号	9876543	口座名義	フリガナ ○○ピョウイン ○○病院	

医療機関記入

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。