

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |                                |                   |      |  |          |        |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------|------|--|----------|--------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ                                                                                                                  | 被保険者証                                                                                                                                                                                                                         | 記号                             |                   |      |  | 番号       |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           | 事業所                                                                                                                                                                                                                           | 名称                             |                   |      |  | 所在地      |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           | 被保険者                                                                                                                                                                                                                          | 氏名                             | (フリガナ) 印          |      |  |          |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               | 住所                             | 〒 ー (フリガナ) 電話 ( ) |      |  |          |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               | 生年月日                           | 年 月 日             |      |  |          |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           | 出産予定日・数                                                                                                                                                                                                                       | 年 月 日 単・多(胎)                   |                   |      |  |          |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           | 出産予定者<br><br>※申請者と同一の場合は<br>不要です                                                                                                                                                                                              | 氏名                             | (フリガナ)            |      |  |          |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               | 生年月日                           | 年 月 日             |      |  |          |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           | 出産予定<br>医療機関等                                                                                                                                                                                                                 | 名称                             | (フリガナ)            |      |  |          |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               | 所在地                            | 〒 ー (フリガナ)        |      |  |          |        |  |  |
| 申請者に対する<br>支払金融機関                                                                                                                                                         | 銀行 金融 信組 店・本店 支店・出張所                                                                                                                                                                                                          |                                |                   |      |  |          |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           | 預金<br>種別                                                                                                                                                                                                                      | 1:普通 4:通知<br>2:当座 5:貯蓄<br>3:別段 | 口座<br>番号          |      |  | 口座<br>名義 | (フリガナ) |  |  |
| 申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康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。<br><br>※ 健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、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。 |                                                                                                                                                                                                                               |                                |                   |      |  |          |        |  |  |
| 申請者本人の退職等により、健康保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に<br>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<br>者名と記号・番号                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                               |                                |                   | 保険者名 |  |          |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |                                |                   | 記号   |  |          | 番号     |  |  |
| 申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申<br>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<br>記号・番号                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                               |                                |                   | 保険者名 |  |          |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |                                |                   | 記号   |  |          | 番号     |  |  |
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>の<br>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。)を代理<br>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。<br>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。<br><br>※ 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 印                                                                                                                                                                                                                          |                                |                   |      |  |          |        |  |  |
| 乙の所在地                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                               |                                |                   |      |  |          |        |  |  |
| 名称 印 電話 ( )                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                               |                                |                   |      |  |          |        |  |  |
| 受取代理人に対す<br>る支払金融機関                                                                                                                                                       | 銀行 金融 信組 店・本店 支店・出張所                                                                                                                                                                                                          |                                |                   |      |  |          |        |  |  |
|                                                                                                                                                                           | 預金<br>種別                                                                                                                                                                                                                      | 1:普通 4:通知<br>2:当座 5:貯蓄<br>3:別段 | 口座<br>番号          |      |  | 口座<br>名義 | (フリガナ) |  |  |
| (備考欄)                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                               |                                |                   |      |  |          |        |  |  |