

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書
(受取代理用)

被保険者(申請者)記入用

令和 年 月 日 提出

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				
	氏名 (フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
住所	(〒)	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>				
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)		
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。				

「申請者・受取代理人記入用」は2ページに続きます。>>>

決定年月日	令和 年 月 日	
支払年月日	令和 年 月 日	
支給決定 金額	円	
内訳	法定	円
	付加金	円
常務理事	事務長	担当者

支払済印

受付日付印

被保険者氏名

申請内容

1 出産予定者

 被保険者 家族（被扶養者）1 - ①
家族の場合はその方の

氏名

生年月日

 昭和
 平成
 令和

年 月 日

2 出産予定年月日

令和 年 月 日

3 出産予定人数

人

4 出産予定医療機関等

名称

所在地

5 出産予定の方

●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。
●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。

 はい いいえ →注) 参照

5 - ①

「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。

●被保険者 → 現在加入している保険者について
●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について

保険者名

記号・番号

5 - ① - (1)

同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を

 受ける予定 受けない

申請者甲（ ）（以下「甲」という）は、医療機関等である乙（ ）（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（申請者）の住所

氏名

印

乙（代理人）の住所

氏名

Tel

()

印

受取代理人の欄

振込先指定口座

金融機関
名称

銀行 金庫 信組
農協 漁協
その他 ()

本店 支店

出張所

本所 支所

預金種別

普通

口座番号
(左づめ)口座名義
(カタカナ)

▼姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

注) 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又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。