

健康保険 被保険者
家族 出産育児一時金申請書 (受取代理)

被 保 険 者 情 報	①被保険者等	記号	番号	②生年月日	昭・平・令	年	月	日
	③氏名(申請者)	(フリガナ)						
	④住所(申請者)	〒	—	都・道 府・県				
	⑤電話番号 (日中の連絡先)	()						
	⑥事業所名称				⑦被保険者の 資格取得日	昭・平・令	年	月
⑧出産育児一時金の決定をするにあたり、当健康保険組合が関係機関等へ照会すること、また関係機関等が回答をすることに対して同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。					被保険者氏名 (申請者氏名)			

申 請 内 容	⑨出産した方 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)						
	⑩家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()	
	⑪出産予定年月日	平・令	年	月	日	⑫生産予定児数	人		
	⑬出産予定医療機関等	名称	所在地						
	⑭ア、イに当てはまる場合 ○を付け、保険者名、 記号・番号を記入してく ださい	ア. 当組合の被保険者だった方が、資格喪失後6か月以内の出産の場合、現在加入している保険者名と記号・番号				保険者名 記号・番号			
イ. 当組合の被保険者・被扶養者になって、6か月以内の出産の場合、以前加入していた保険者名と記号・番号				保険者名 記号・番号					

受 取 代 理 人 の 欄 (医 療 機 関)	被保険者である甲()は、医療機関である乙()を代理人と定め、次の権限を委任する。 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のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(出産育児一時金の支給額を上限とする)の受領に関すること。								
	令和	年	月	日	〒	甲(被保険者)の住所			
					氏名				
					〒	乙(代理人)の住所			
					氏名				
受取代 理人に対 する支払 金融機 関	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()			店名	支店・本店・出張 所 その他()			
	金融機関コード				店番				
	口座番号	1.普通 2.当座 3.その他()			(カタカナ) 口座名義				

委 任 状	⑮被保険者 (申請者)	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領は受任者に委任します。 令和 年 月 日						
	⑯受任者 (事業所)	氏名	受任者氏名は当健康保険組合に提出している給付金振込依頼書と同一にしてください。					
在籍者の方は委任状が必要です。		氏名						

⑰備考

受付日付印

⑱社会保険労務士の
提出代行者名記載欄