

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者、世帯主又は組合員)が記入するところ	被保険者証	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇	
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員)	氏名	(フリガナ) キョウサイ タロウ 共済 太郎			印
	※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇(フリガナ) 〇〇シ〇〇マチ〇-〇 〇〇市〇〇町〇-〇			電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
		生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日			
	出産予定日・数	平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日			単・多 (胎)	
	出産予定者	氏名	(フリガナ) キョウサイ ハナコ 共済 花子			
	※申請者と同一の場合は不要です	生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日			
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) 〇〇〇〇サンフジンカイ 〇〇産婦人科医院			
		所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇(フリガナ) 〇〇シ〇〇マチ〇-△-□ 〇〇市〇〇町〇-△-□			
	申請者に対する支払金融機関	※共済組合登録の組合員口座に送金しますので記入は不要です			銀行金庫信組	※記入不要
	預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	※記入不要	口座名義 (フリガナ) ※記入不要	
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又は船員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。 ※ 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か月以内に出生された場合、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、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に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記号・番号		保険者名	〇〇健康保険組合			
		記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇	
受取代理人の欄	申請者(共済 太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇産婦人科医院)(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※の受領に関する事。 ※ 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。					
	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
	甲の住所	〇〇市〇〇町〇-〇			印	
	氏名	共済 太郎				
乙の所在地	〇〇市〇〇町〇-△-□					
名称	〇〇産婦人科医院 院長 〇〇〇			印		
				電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
受取代理人に対する支払金融機関	〇 〇			銀行金庫信組	店・本店支店 出張所	
	預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	口座名義 (フリガナ) 〇〇サンフジンカイ インチャウ 〇〇〇〇 〇〇産婦人科医院 院長 〇〇〇	
(備考欄)						

※ 母子健康手帳の写し(出産予定者及び出産予定日の記載部分)又は出産予定日を証明する書類を添付してください。