

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)が記入するところ	被保険者等 記号・番号		記号	× ×		番号	× × × ×	
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員) ※「申請者」は被保険者となります。		氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				
			住所	〒 × × × - × × × × (フリガナ) トウキョウト × × × 東京都 × × × × × - × - × ×				
			生年月日	電話 × × × × × (× × ×) × × × × × E-mail × × × × × @ × × × × × . × × × × ×				
	出産予定日・数		× × 年 × × 月 × × 日 (単) ・ 多 (胎)					
	出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です		氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子				
			生年月日	× × 年 × × 月 × × 日				
	出産予定医療機関等		名称	(フリガナ) × × ジョサンイン × × 助産院				
			所在地	〒 × × × - × × × × (フリガナ) トウキョウト × × × 東京都 × × × × × - × - × ×				
	申請者に対する支払金融機関		× × × 銀行				銀行 金庫 信組	新宿西
預金 種別			1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座 番号	× × × × × × × ×	口座 名義	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎
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、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に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				
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に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				
備考欄								

受取代理人の欄	申請者(健保 太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(× × 助産院)(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※の受領に関すること。 ※ 原則50万円ですが、妊娠22週未満での出産や、産科医療補償制度に未加入の医療機関等における出産の場合は48.8万円となります。 (ただし、令和5年3月31日までの出産の場合は金額が異なります。) × × 年 × × 月 × × 日							
	甲の住所		東京都 × × × × × - × - × ×					
	氏名		健保 太郎					
	乙の所在地		東京都 × × × × × - × - × ×					
	名称		× × 助産院					
受取代理人に対する支払金融機関		× × × 銀行				銀行 金庫 信組	新宿	店・本店 支店・出張所
		預金 種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座 番号	× × × × × × × ×	口座 名義	(フリガナ) × × ジョサンイン × × 助産院

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄							
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--

健保記入欄	出産育児一時金		支給決定日		常務理事	事務長	担当者
	医療機関	円	令和	年 月 日			
	被保険者	円					