

健康保険被保険者家族 出産育児一時金  
付加金支給申請書

常務理事	事務長	担当者		事業所担当者

&lt;受取代理用&gt;

支給決定印

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の				個 人 番 号							
	記号	100	番号	123456	(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)							
	被保険者(申請者)の氏名	ふりがな あじの たろう 在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。 味野 太郎 (印)			生 年 月 日				昭和・平成 〇〇 1 1 1 0			
被保険者(申請者)の住所	〒 2 1 1 - 0 0 × ×			神奈川県 川崎		市 区 郡		電話 044-〇〇〇-××××				

申 請 内 容	出産する者	1. 被保険者 (2. 家族(被扶養者))								
	家族の場合は、その方の	氏 名			生 年 月 日					
		味野 花子			昭和・平成 5 5 0 6 0 4					
	出 産 予 定 年 月 日	出 産 児 の 予 定 数								
	令和 〇 〇 0 5 0 5	単胎・多胎 ( 児 )								
	出産予定医療機関等の									
	名 称	×××産婦人科								
	所在地	〒 2 1 1 - 0 0 0 ×			神奈川県 川崎		市 区 郡		電話 044-〇〇〇-××××	
	被保険者が出産予定の場合で、当健保組合の資格喪失後6ヵ月以内に出産する場合、現在加入している健康保険について									
	健保等の名称	記号	番号							
	被扶養者(家族)が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産予定の場合で、その家族が被扶養者認定以前に加入していた健康保険について									
	健保等の名称	記号	番号							

受取代理人の欄につきましては、裏面にあります。

支給印

受付印

## ■ 添付書類

母子健康手帳の氏名、出産予定日、通院記録のわかるページの写し  
または出産予定日がわかる証明書類の写し社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(印)

<b>甲欄は被保険者、乙欄は代理人(医療機関等)、それぞれ記入・捺印のこと</b>																					
受 取	甲( <b>味野 太郎</b> )は、医療機関等である乙( <b>×××産婦人科</b> )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※の受領に関する事。																				
	※上限42万円(産科医療補償制度対象の出産でない場合は40.4万円)+付加金 令和 <b>〇〇</b> 年 <b>××</b> 月 <b>××</b> 日																				
代 理 人	甲 (被 保 険 者)	住 所	〒	2	1	1	-	0	0	×	×	<b>神奈川県</b>	<b>川崎</b>	(市) 区 郡							
		<b>中原区××× 〇-〇-〇</b>										電話 <b>044-〇〇〇-××××</b>									
人 の 欄	乙 (医 療 機 関 等)	氏 名	<b>味野 太郎</b> (印)																		
		住 所	〒	2	1	1	-	0	0	0	×	<b>神奈川県</b>	<b>川崎</b>	市 区 郡							
		<b>中原区××× 〇-〇-〇</b>										電話 <b>044-〇〇〇-××××</b>									
		名 称	<b>×××産婦人科</b> (印)																		
欄	受 取 代 理 人 の 支 払 金 融 機 関	<b>三菱東京UFJ</b> (銀行) 信金 本店										<b>×××</b>		(支店) 出張所							
		預 金 種 別	1.普通	2.当座									口 座 番 号	1	2	3	4	5	6	7	口 座 名
																				<b>×××産婦人科</b>	