

事業主 経由
JFE健康保険組合 行

被保険者・被扶養者

出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)

常務理事	事務長	室長	担当

申請者 (被保険者) 記入欄	記号	番号	被保険者氏名		生年月日	
	1 2 3	1 2 3 4 5 6	健保 一郎		昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日	
	被保険者	住所 〒123-1234 ○○県○○市○○町○○番地○○号室 電話番号 ()				
		会社名	○○○(株)	所属	電話番号 ○○部○○課	
	出産予定日・数	令和 ○○年 ○○月 ○○日 () ・ 多 () 胎				
	出産予定者 <small>被保険者は記入不要</small>	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日	
	出産予定 医療機関等	名称	○○○病院			
		所在地	〒567-8901 ○○県○○市○○町○○番地			
	支払金融機関 (退職者のみ)	銀行名	ゆうちょ銀行不可	銀行コード		預金種別
		支店名	退職の方…記入して下さい 任意継続の方…記入不要 在職中の方…記入不要			普通
口座名義		カタカナで記入				口座番号
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。					備考欄	

申請者(健保 太郎) (以下「甲」という。) は、医療機関等で「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、出産直接支払い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。

※出産育児一時金の額42万円(産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下における在胎週数22週に達した日以後の出産でない場合は40.4万円)を上限とする。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

甲の住所 〒123-1234 ○○県○○市○○町○○番地○○号室

氏名 健保 一郎

〒

乙の所在地

名称

電話 ()

母子手帳(写)を添付(計3枚) (1)表紙 (2)子の保護者の氏名が記載されたページ (3)出産予定日が記載されたページ	銀行 金融 信組	店・本店 支店・出張所
	口座 名義	(フリガナ)
	添付 書類	

1. 対象者
出産予定日まで2ヶ月以内の被保険者又は被扶養者。

2. 手続き方法
被保険者記入欄の必要事項を記入し、医療機関等から「受取代理人の欄」に記入捺印を受け提出(事業主経由)してください。

健保 受付印

出産者・資格取得年月日 年 月 日