

# 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)について

## 【提出にあたっての注意事項について】

- \* 本ページと出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)(2ページ)をわけて印字してください。  
提出は、本ページと出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)の両方をお願いします。  
提出前には【提出前のチェック項目】も忘れずにご確認ください。
- \* 記入例にしたがって、ご記入ください。
- \* 鉛筆書、記入漏れがある場合は受け付けられません。
- \* 受取代理申請は出産予定日の2か月前より受け付けています。

## 【添付書類について】

出産育児一時金等支給申請書(受け取り代理用)に必要な添付資料は、次のとおりです。

- ☐ 母子手帳の出産予定日がわかる部分のコピーまたは出産予定日を証明する書類
- ☐ 下記の問いが、2つとも「はい」の場合、  
K-4被保険者出産育児一時金選択届                      のどちらか  
K-5家族出産育児一時金選択届

- 問: 1. 出産予定日の6ヶ月前は、大塚健保以外の被保険者だった（はい・いいえ）  
2. 問1が「はい」の方で、以前加入していた健保に1年以上資格があった（はい・いいえ）

## 【提出前のチェック項目】

提出前にチェック欄に☑をお願いします。

- 1 記入すべき項目に漏れはないか。（記入例の赤字の箇所）
- 2 添付書類に漏れはないか。
- 3 封筒等の送付先には、次の「送付先情報」を貼付又は正しく記入されているか。

| チェック欄 |     |
|-------|-----|
|       | 申請者 |
| 1     |     |
| 2     |     |
| 3     |     |

## 【送付先情報】

----- 切り取り線 -----

〒532-0003  
大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪10F  
株式会社バリューHR 大阪BPOセンター内  
大塚製薬健康保険組合事務処理センター 行

健康保険 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】

|        |                             |          |    |                |                   |
|--------|-----------------------------|----------|----|----------------|-------------------|
| 被保険者情報 | 被保険者等<br>記号番号               | 記号       | 番号 | 所属事業所<br>及び部署名 |                   |
|        | 氏名                          | フリガナ     |    | 生年月日           | 昭和<br>平成<br>年 月 日 |
|        | 申請者住所<br>電話番号 等<br>(日中の連絡先) | 〒 電話 ( ) |    |                |                   |
|        | メールアドレス                     |          |    |                |                   |

|      |                                                                                                                                                |                   |           |                 |                   |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|-----------------|-------------------|
| 申請内容 | 出産予定者<br>(該当に○)                                                                                                                                | 本人(被保険者)・家族(被扶養者) |           | 出産予定者<br>氏 名    |                   |
|      | 出産予定日<br>及び胎児数                                                                                                                                 | 令和 年 月 日          | 単胎・多胎( 児) | 出産予定者<br>の生年月日  | 昭和<br>平成<br>年 月 日 |
|      | 出産予定の<br>医療機関名称                                                                                                                                |                   |           | 出産予定の<br>医療機関住所 |                   |
|      | ■下記に該当する場合に記入<br>1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→<br>現在加入している保険者名・記号番号 等<br>2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→<br>以前加入していた保険者名・記号番号 等<br>■上記1・2に該当する場合、選択届(誓約書)の添付が必要です。 |                   |           | 保険者名            | 電話 ( )            |
|      |                                                                                                                                                |                   |           | 記号-番号           | -                 |

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

|     |                                        |     |  |
|-----|----------------------------------------|-----|--|
| 委任状 | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 |     |  |
|     | 被保険者(申請者)                              | 氏 名 |  |
|     | 代理人<br>(実際に給付を受領する者)                   | 氏 名 |  |

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

|       |         |                   |         |       |                |  |
|-------|---------|-------------------|---------|-------|----------------|--|
| 振込先情報 | 金融機関コード |                   |         | 支店コード |                |  |
|       | 金融機関名称  | 銀 行 本店<br>信用金庫 支店 |         |       |                |  |
|       | 預金種別    | 普通 当座 ( )         | その他 ( ) | 口座番号  | 口座名義<br>(カタカナ) |  |

|    |                                                                              |
|----|------------------------------------------------------------------------------|
| 備考 | ■申請書の受付は出産予定日の2か月前からになります。<br>■母子手帳の出産予定日が分かる部分のコピーまたは出産予定日を証明する書類を添付してください。 |
|----|------------------------------------------------------------------------------|

|                 |                                                                                                                                                                                                                 |                   |     |      |                 |  |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----|------|-----------------|--|
| 受取代理人の欄         | 申請者( ) (以下「甲」という。)は、医療機関等である( ) (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。<br>※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。 |                   |     |      |                 |  |
|                 | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                        | 甲(被保険者)           | 住 所 |      |                 |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                 |                   | 氏 名 |      |                 |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                 | 乙(医療機関等)          | 所在地 |      |                 |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                 |                   | 名 称 |      |                 |  |
| 受取代理人に対する支払金融機関 |                                                                                                                                                                                                                 |                   |     |      |                 |  |
|                 | 金融機関名称                                                                                                                                                                                                          | 銀 行 本店<br>信用金庫 支店 |     | 預金種別 | 普通・当座<br>その他( ) |  |
|                 | 口座番号                                                                                                                                                                                                            | 口座名義<br>(カタカナ)    |     |      |                 |  |

|    |                                                                                                                                                  |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 備考 | 個人番号 (被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要)                                                                                                                    |  |
|    | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。<br>①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点<br>・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点 |  |

受付日付印