

被保険者

記入例

支払印

受付印

家族

※本人が出産(現在在職中、任意継続)

出産育児一時金申請書【事前申請用】(支給No.)

被 保 険 者 ま た は 被 保 険 者 で あ っ た 者 記 載 事 項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 (番号) 1234567	②所属事業所の名称	そごう 横浜店	
	③被保険者の氏名	仙台 花子	④生年月日	昭和・平成 58年 1月 9日生	
	⑤家族が出産のときはその者の氏名		⑥家族の生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	⑦資格喪失後6箇月以内の方 扶養認定後6箇月以内の方 のみ記入	保険者名	保険証 記号	保険証 番号	
	⑧入院された産院・病院または 診療所の名称および所在地	病院等の名称 実玲産婦人科			
		所在地 横浜市中区高島2-19-12			
	⑨振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	任意継続被保険者の方は 郵便局口座へお振込みしな い	横浜 銀行 高島 支店	口座番号(普通・当座) 普通 554421	口座名義人(カナ) センダイ ハナコ
		上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 10 月 10 日		現役の被保険者の方は 給与口座をご記入下さい。	〒 220-0011 TEL 078-222-5432
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		被保険者の 住所氏名 神戸市神戸町4-3-15 仙台 花子		

受 取 代 理 人 の 欄	甲(仙台 花子)は、医療機関等である乙(実玲産婦人科)を代理人と定め、次の権限を委任する。 甲が申請する(家族)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(上限42万円)の受領に関すること。 令和 元 年 10 月 10 日				
	甲(被保険者)の 住所		神戸市神戸町4-3-15		
	氏名		仙台 花子		
	代理人の住所・氏名、支払金 融機関欄は受取代理人に記 入してもらって下さい。		(代理人)の 住所 横浜市西区高島2-18-1		
		氏名 実玲産婦人科			
受取代理人に対する支払金融機関の欄					
金融機関名		支店名	種別	口座番号	口座名義人(ふりがな)
横浜銀行		高島支店	普通	333333	みれいさんふじんか 実玲産婦人科

委 任 状	出産費用が上限額(42万円)未済の場合は、保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。以下の(1)(2)のいずれかに○をつけてください。 令和 元 年 10 月 10 日 被保険者の氏名 仙台 花子				
	(1) 所属事業所の事業主		(2) (1)以外の受領代理人		

「委任状」「領収証」欄は、医療機関からそごう・西武健保への出産費用の請求額が支給上限額未済だった場合、その差額分を会社を通じて支給するために記入していただきます。申請者は(1)に○を付けてください。事業主もしくは事業主代理人の記名は不要です。

領 収 証	金	年 月 日 領収
	ただし、出産育児一時金	年 月 日 領収
そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		氏 名 仙台 花子

※ 支 給 (支 出) 決 定 同	支給金額		出産年月日		※ 備 考	
	□ 被保険者出産育児一時金		令和 年 月 日			□ 直接払 □ 間 接 払 (給与振込)
	□ 家族出産育児一時金		年 月 日			
	支給決定のうえ支払いしてよろしいか		令和 年 月 日			
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	※ 家族の場合は認定日		常 務 理 事	
・ " 資格喪失年月日	令和 年 月 日					
・ 任継被保険者資格取得年月日	令和 年 月 日	年 月 日認定				
・ " 資格喪失年月日	令和 年 月 日					

※医療機関に変更があった場合は、(家族)出産育児一時金申請書出産医療機関変更届をご提出ください。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

被保険者

記入例

支払印

受付印

家族

※本人が出産(資格喪失後6箇月以内に出産)

出産育児一時金申請書【事前申請用】(支給No.)

被保険者または被保険者であった者記載事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 - 1234567 (番号)	②所属事業所の名称	そごう 横浜店	
	③被保険者の氏名	仙台 花子	④生年月日	昭和・平成 58年 1月 9日生	
	⑤家族が出産のときはその者の氏名		⑥家族の生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	⑦資格喪失後6箇月以内の方 扶養認定後6箇月以内の方のみ記入	保険者名	兵庫県●●●健康保険組合	保険証 記号	100
				保険証 番号	111222
	⑧入院された産院・病院または 診療所の名称および所在地	病院等の名称	実玲産婦人科		
		所在地	横浜市中区高島2-19-12		
	⑨振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	銀行	横浜 高島 支店	口座番号(普通・当座)	普通 554421
				口座名義人(カナ)	センダイ ハナコ
	上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 10 月 10 日 資格喪失後6箇月以内に出産された方は、現在加入の健康保険名、保険被保険者の住所氏名 神戸市神戸町4-3-15 仙台 花子				
そごう・西武健康保険組合 理事長 殿					

受取代理人の欄	甲(仙台 花子)は、医療機関等である乙(実玲産婦人科)を代理人と定め、次の権限を委任する。 甲が申請する(家族)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(上限42万円)の受領に関すること。 令和 元 年 10 月 10 日				
	甲(被保険者)の 住所		神戸市神戸町4-3-15		
	氏名		仙台 花子		
	(代理人)の 住所		横浜市西区高島2-18-1		
氏名		実玲産婦人科			
受取代理人に対する支払金融機関の欄					
金融機関名		支店名	種別	口座番号	口座名義人(ふりがな)
横浜銀行		高島支店	普通	333333	みれいさんふじんか 実玲産婦人科

委任状	出産費用が上限額(42万円)未満の場合は、保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。以下の(1)(2)のいずれかに○をつけてください。				
	令和 年 月 日	被保険者の氏名			
(1) 所属事業所の事業主もしくは		(2) 選択の場合は事前に健保へご相談下さい。			
(2) (1)以外の受領代理人 (2)選択		代理人の住所・氏名			

領収証	金 円を領収いたしました。				
	ただし、出産育児一時金として		平成 年 月 日 領収		
そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		氏 名 仙台 花子			

※支給(支出)決定欄	支給金額		出産年月日		※備考	
	<input type="checkbox"/> 被保険者出産育児一時金	円	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 直接払	
	<input type="checkbox"/> 家族出産育児一時金	円	年 月 日		<input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)	
	支給決定のうえ支払いしてほしいか		令和 年 月 日			
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	※家族の場合は認定日		常務理事	
・ " 資格喪失年月日	令和 年 月 日					
・任継被保険者資格取得年月日	令和 年 月 日	年 月 日認定				
・ " 資格喪失年月日	令和 年 月 日					

※医療機関に変更があった場合は、(家族)出産育児一時金申請書出産医療機関変更届をご提出ください。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

被保険者

記入例

支払印

受付印

家族

※家族が出産

出産育児一時金申請書【事前申請用】(支給No.)

被保険者または被保険者であった者記載事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 (番号) 1234567	②所属事業所の名称	そごう 横浜店	
	③被保険者の氏名	仙台 太郎	④生年月日	昭和・平成 58年 1月 9日生	
	⑤家族が出産のときはその者の氏名	仙台 花子	⑥家族の生年月日	昭和・平成 62年 8月 6日生	
	⑦資格喪失後6箇月以内の方 扶養認定後6箇月以内の方のみ記入	保険者名	保険証 記号	保険証 番号	
	⑧入院された産院・病院または 診療所の名称および所在地	病院等の名称 実玲産婦人科			
		所在地 横浜市中区高島2-19-12			
	⑨振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	任意継続被保険者の方は 郵便局口座へお振込みしませ	横浜 銀行 高島 支店	口座番号(普通・当座) 普通 554421	口座名義人(カナ) センダイ タロウ
	上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 10 月 10 日		現役の被保険者の方は 給与口座をご記入下さい。		〒 220-0011 TEL 078-222-5432
そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		被保険者の 住所氏名		神戸市神戸町4-3-15 仙台 太郎	
受取代理人の欄	甲(仙台 太郎)は、医療機関等である乙(実玲産婦人科)を代理人と定め、次の権限を委任する。 甲が申請する(家族)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(上限42万円)の受領に関する事。 令和 元 年 10 月 10 日				
	甲(被保険者)の 住所	神戸市神戸町4-3-15			
	氏名	仙台 太郎			
	代理人の住所・氏名、支払金融機関欄は受取代理人に記入してもらって下さい。	(代理人)の 住所	横浜市西区高島2-18-1		
	氏名	実玲産婦人科			
受取代理人に対する支払金融機関の欄					
	金融機関名	支店名	種別	口座番号	
	横浜銀行	高島支店	普通	333333	
				口座名義人(ふりがな) みれいさんふじんか 実玲産婦人科	
委任状	出産費用が上限額(42万円)未済の場合は、保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。以下の(1)(2)のいずれかに○をつけてください。				
	令和 元 年 10 月 10 日	被保険者の氏名 _____			
領収証	(1) 所属事業所の事業主	「委任状」「領収証」欄は、医療機関からそごう・西武健保への出産費用の請求額が支給上限額未済だった場合、その差額分を会社を通じて支給するために記入していただきます。			
	(2) (1)以外の受領代理人	申請者は(1)に○を付けてください。事業主もしくは事業主代理人の記名は不要です。			
	金	_____円	_____月 _____日 領収	_____氏名	
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿	_____氏名 仙台 太郎			
※支給(支出)決定伺	支給金額		出産年月日	※備考	
	<input type="checkbox"/> 被保険者出産育児一時金	_____円	令和 _____年 _____月 _____日		
	<input type="checkbox"/> 家族出産育児一時金	_____円	_____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/> 直接払	
	支給決定のうえ支払いしてほしいか		令和 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)	
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 _____年 _____月 _____日	※家族の場合は認定日	常務理事	
・ " 資格喪失年月日	令和 _____年 _____月 _____日				
・任継被保険者資格取得年月日	令和 _____年 _____月 _____日	_____年 _____月 _____日認定			
・ " 資格喪失年月日	令和 _____年 _____月 _____日				

※医療機関に変更があった場合は、(家族)出産育児一時金申請書出産医療機関変更届をご提出ください。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

被保険者

記入例

支払印

受付印

家族

※家族が出産(扶養認定後6箇月以内に出産)

出産育児一時金申請書【事前申請用】(支給No.)

被保険者または被保険者であった者記載事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 (番号) 1234567	②所属事業所の名称	そごう 横浜店	
	③被保険者の氏名	仙台 太郎	④生年月日	昭和・平成 58年 1月 9日生	
	⑤家族が産出のときはその者の氏名	仙台 花子	⑥家族の生年月日	昭和・平成 62年 8月 6日生	
	⑦資格喪失後6箇月以内の方 扶養認定後6箇月以内の方 のみ記入	保険者名	兵庫県●●●健康保険組合	保険証 記号	100
				保険証 番号	111222
	⑧入院された産院・病院または 診療所の名称および所在地	病院等の名称	実玲産婦人科		
		所在地	横浜市中区高島2-19-12		
	⑨振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	銀行	横浜 高島 支店	口座番号(普通・当座)	普通 554421
				口座名義人(カナ)	センダイ タロウ
	上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 10 月 10 日		〒 220-0011 TEL078-222-5432		
扶養認定後6箇月以内に出産された方は、前に加入の健康保険名、保険証の記号、番号を記入して下さい。		被保険者の氏名 神戸市神戸町4-3-15 仙台 太郎			
そごう・西武健康保険組合 理事長 殿					

受取代理人の欄	甲(仙台 太郎)は、医療機関等である乙(実玲産婦人科)を代理人と定め、次の権限を委任する。 甲が申請する(家族)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(上限42万円)の受領に関すること。 令和 元 年 10 月 10 日				
	甲(被保険者)の 住所	神戸市神戸町4-3-15			
	氏名	仙台 太郎			
	代理人の住所・氏名、支払金融機関は受取代理人に記入してもらって下さい。	(代理人)の 住所	横浜市西区高島2-18-1		
	氏名	実玲産婦人科			
受取代理人に対する支払金融機関の欄					
	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人(ふりがな)
	横浜銀行	高島支店	普通	333333	みれいさんふじんか 実玲産婦人科

委任状	出産費用が上限額(42万円)未済の場合は、保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。以下の(1)(2)のいずれかに○をつけてください。 令和 元 年 10 月 10 日 被保険者の氏名 仙台 太郎				
	(1) 所属事業所の事業主	○			
	(2) (1)以外の受取代理人	□			

領収証	金	令和 元 年 10 月 10 日	領収
	ただし、出産育児一時金	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿	氏名 仙台 太郎

※支給(支出)決定同	支給金額	円	出産年月日	令和 年 月 日	※備考	
	<input type="checkbox"/> 被保険者出産育児一時金				<input type="checkbox"/> 直接払 <input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)	
	<input type="checkbox"/> 家族出産育児一時金					
	支給決定のうえ支払いしてよろしいか		令和 年 月 日			
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	※家族の場合は認定日	年 月 日	常務理事	
・ " 資格喪失年月日	令和 年 月 日					
・任継被保険者資格取得年月日	令和 年 月 日					
・ " 資格喪失年月日	令和 年 月 日					

※医療機関に変更があった場合は、(家族)出産育児一時金申請書出産医療機関変更届をご提出ください。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)