

令和	年度
款	保険給付費
項	法定給付費
目	出産育児一時金

健康保険組合処理印および支給決定印

取扱者	審査	事務長	常務理事
-----	----	-----	------

出産育児一時金受取代理兼支給申請書(女子被保険者用)

被保険者証	記号	番号	申年月日	令和	年	月	日			
被保険者氏名	フリガナ		印	会社名	所属					
退職者の場合	(退職年月日)	令和	年	月	日	分娩予定日	令和	年	月	日
分娩する医療機関等	(名称)	(TEL)								
	(住所)									
支払金融機関 (被保険者名義の口座)	フリガナ	コード	フリガナ	コード	預金種別	口座番号				
	銀行		支店		普通 当座					

受取代理人(医療機関等)記載欄	<p>甲(被保険者)は、医療機関等である乙を代理人と定め、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。 ※出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金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。</p> <p>令和 年 月 日 甲(被保険者) 住所 氏名 印 乙(代理人) 住所 氏名 印</p>						
	支払金融機関 (受取代理人名義の口座)	フリガナ	コード	フリガナ	コード	預金種別	口座番号
		銀行		支店		普通 当座	
	口座名義(漢字)		口座名義(カナ)				

請求者に被保険者資格が	ある	ない	(資格喪失後6ヶ月以内 ・ 資格喪失後6ヶ月超過)				
出産育児一時金支給決定額							
代理人(医療機関等)からの請求額							
支給内訳	代理人への支給額						
	被保険者への支給額						
	被保険者負担額						

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみ記入して下さい。
 2. 多胎分娩の場合は出産児ごとに1枚記入して下さい。
 3. 保険給付金は、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものといたします。
 4. 受取代理人以外の医療機関等で出産することになった場合は、速やかにご申し出下さい。

受付印	出納印