

令和	年度
款	保険給付費
項	法定給付費
目	家族出産育児一時金

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
-----	----	-----	------

家族出産育児一時金受取代理兼支給申請書

被保険者証	記号		番号		申年	月	請日	令和	年	月	日
被保険者氏名	フリガナ				印	会 社 名 属 所	(連絡先)				
被扶養者氏名	フリガナ				被保険者に対する続柄	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	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	印						
	乙(代 理 人)			住 所	印						
				氏 名							
				氏 名							
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	出産者が被扶養者に				該当	非該当
家族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に記入して下さい。
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、速やかにお申し出下さい。

受付印

出納印