

健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書
 家 族

被保険者の記入欄	被保険者証の 記号・番号	-		事業所名		
	被保険者の	氏名		生年月日		連絡先電話番号
		Ⓜ		年 月 日		()
		住所				
	〒 -					
	被扶養者が出産する 場合はその方の	氏名		生年月日		被保険者との続柄
				年 月 日		
		認定後6ヵ月以内の出産の場合は、それまで加入していた健康保険と加入期間				
	健康保険組合・全国健康保険協会 国民健康保険・共済組合 加入期間 約 年 ヵ月					
	出生予定年月日	年 月 日		出産児の予定数	単胎・多胎(児)	
出産予定 医療機関等の	名称	(フリガナ)				
	所在地	〒 -				
支 払 金 融 機 関 に 対 す る 被 保 険 者 に 対 す る	【在籍中の方】 会社へ委任 してください	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名 Ⓜ				
	【退職後の方】 振込先を記入し てください(任 継者は記入不 要。登録口座へ 振込)	銀行・信金 信組・農協		本店 支店	普通・当座・貯蓄	
	口座 番号			(フリガナ) 口座名義	()	

注) この申請は当該出産予定日まで2ヶ月以内の方に限られます。

受取代理人の欄	被保険者() (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。但し、産科医療補償制度対象出産でない場合は40万4千円)の受領に関する事。 年 月 日					
	甲の住所	〒 -				
	氏名	Ⓜ				
	乙の所在地	〒 -				
	名称	Ⓜ		電話	()	
受取代理人に 対する支払金融機関	銀行・信金 信組・農協		本店 支店	普通・当座・貯蓄		
	口座 番号			(フリガナ) 口座名義	()	

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、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

※年月日は元号でご記入ください。

【添付書類】

- 母子健康手帳の氏名と出産予定日がわかるページの写しを添付してください。
- 資格喪失後6ヵ月以内の出産予定の方は、現在加入している健康保険の被保険者証の写しを添付してください。