

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	9999 - 108		事業所名	〇〇株式会社		
	被保険者の	氏名		生年月日		連絡先電話番号	
		〇木 〇人 (印)		昭和 平成 57年 10月 16日		03 (3000) 0000	
		住所					
	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区△町〇-〇-〇						
	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	
		〇木 〇子		昭和 平成 60年 7月 12日		妻	
		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 2年 6ヵ月		
	出生予定年月日	平成 26年 3月 15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) サンカクサンフジンカピョウイン △産婦人科病院					
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都大田区〇町〇-〇-〇					
被保険者に対する支払金融機関	【在籍中の方】	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 〇木 〇人 (印)					
	【退職後の方】	銀行・信金 信組・農協		本店	普通・当座・貯蓄		
	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)	口座番号	(フリガナ) 口座名義		()		

受取代理人の欄	被保険者 (〇木 〇人) (以下「甲」という。)は、医療機関等である (△産婦人科病院) (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) の受領に関すること。					
	平成 26年 1月 20日					
	甲の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区△町〇-〇-〇				
	氏名	〇木 〇人 (印)				
乙の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都大田区〇町〇-〇-〇					
名称	△産婦人科病院 (印)		電話 03 (0000) 0000			
受取代理人に対する支払金融機関	〇〇〇〇		銀行 信金 信組・農協	〇〇〇	本店	普通・当座・貯蓄
	口座番号	0123456		(フリガナ) 口座名義	(サンカクサンフジンカピョウイン) △産婦人科病院	

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

【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。