

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	氏名		生年月日		連絡先電話番号	
		〇木 〇人		昭和 62 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						
	出産する方 <small>(被保険者が出産する 場合は記入不要)</small>	氏名		生年月日		被保険者との続柄	
		〇木 〇子		平成 2 年 7 月 12 日		妻	
		扶養認定後 6 ヶ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 ヶ月			
	出生予定年月日	令和 4 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	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。 会社へ委任してください 被保険者氏名 〇木 〇人					
	【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・その他 ()	
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 (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 50 万円。但し、産科医療補償制度対象出産でない場合は 48 万 8 千円) の受領に関すること。 <p style="text-align: right;">令和 4 年 1 月 20 日</p>					
	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				
	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		電話	03 (0000) 0000		
受取代理人に対 する支払金融機関	〇〇〇〇〇		銀行・信金 信組・農協	〇〇〇	本店 支店	普通・その他 ()
	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	
-----	--

※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 ヶ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。