

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等		記号			番号			
	被保険者	氏名	(フリガナ)						
		住所	〒						
		生年月日	昭和・平成		年	月	日	電話 ()	
	出産予定日・数		令和 年 月 日 単・多(胎)						
	出産予定者 ※申請者と同一の場合は 不要です	氏名	(フリガナ)						
		生年月日	昭和・平成		年	月	日		
	出産予定 医療機関等	名称							
		所在地	〒						
	被 保 険 者 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 ※被保険者名義 の口座に限ります	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 ※口座情報の反映には登録から数日を要します。 (利用する場合は ☒ 、利用しない場合は下記の欄を記入してください)							
銀行 店・本店 金庫 支店・出張所 信組									
預金 種別		普通・当座	口座 番号			口座 名義	(フリガナ)		
被保険者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載を お願いします。									
被保険者の退職等により、資格喪失後6か月以内に出産することによる 申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号					保険者名				
					記号		番号		
被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、 その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号					保険者名				
					記号		番号		
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。 令和 年 月 日 甲の住所 氏名 乙の所在地 名称 電話 ()								
	代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関	銀行 店・本店 金庫 支店・出張所 信組							
		預金 種別	普通・当座	口座 番号			口座 名義	(フリガナ)	
(備考欄)									

【必要書類】①当申請書
②母子手帳(写)または医師の証明 ※出産予定日が2か月以内とわかるもの