

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

記入例

被保険者が記入するところ	被保険者等	記号	123		番号	456		
	被保険者	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎					
		住所	〒0000-0000 大阪府大阪市生野区〇〇町1-2-3 電話 080 (0000) 0000					
		生年月日	昭和・平成 〇〇 年 〇 月 〇 日					
	出産予定日・数	令和 〇 年 〇 月 〇 日 単・多(胎)						
	出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です</small>	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子					
		生年月日	昭和・平成 〇〇 年 〇 月 〇 日					
	出産予定医療機関等	名称	〇〇〇〇病院					
		所在地	〒0000-0000 大阪府大阪市〇×区△町1-2-3					
	被保険者に対する支払金融機関	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合は下記の欄を記入してください)						
〇〇〇		銀行 金庫 信組		〇〇〇		店・本店 支店 出張所		
預金種別		普通 当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇		口座名義	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	
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	〇〇〇〇健康保険組合			
				記号	789	番号	123	
受取代理人の欄	被保険者( 健保 太郎 ) (以下「甲」という。)は、医療機関等である( 〇〇〇〇病院 ) (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 〇 年 〇 月 〇 日 甲の住所 大阪府大阪市生野区〇〇町1-2-3 氏名 健保 太郎 乙の所在地 大阪府大阪市〇×区△町1-2-3 名称 〇〇〇〇病院 電話 06 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇							
	代理人に対する支払金融機関	〇〇〇		銀行 金庫 信組		〇〇〇		店・本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇		口座名義	(フリガナ) 〇〇〇〇ピョウイン リジチョウ 〇〇 〇〇 〇〇〇〇病院 理事長 〇〇 〇〇	
	(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