

健康保険 被保険者・被扶養者 出産育児一時金・付加金支給申請書

【受取代理用】

被保険者（申請者）	健康保険の記号番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名（自署）	フリガナ						
	申請者住所 電話番号等 （日中の連絡先）	〒 電話（ ）						

申請内容	出産予定者（該当に○）	本人（被保険者）・家族（被扶養者）		出産予定者の氏名	
	出産予定日及び胎児数	令和	年	月	日
	出産予定の医療機関名称	単胎・多胎（ 児）		出産予定者の生年月日	昭・平・令
	■下記に該当する場合に記入	医療機関住所		電話	（ ）
	1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号 等	保険者名		電話	（ ）
	2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等	記号-番号			—

※被保険者（申請者）名義の口座について、いずれかご記入ください。（差額があった場合に支給します）

振込口座	<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希望する（希望者は <input checked="" type="checkbox"/> 、希望しない場合は下記に記入）				
	金融機関名称	銀行	本店	支店番号	
		信用金庫	支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義（カタカナ）	

■この手続きは事前申請が必要です。出産予定日の2か月前から出産するまでに申請してください。

■証明欄（証明を受けてください）

受取代理人の欄	申請者（ ）（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。 ※出産育児一時金等の支給額（保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には付加相当額を含む）を上限とする。				
	令和	年	月	日	甲（被保険者） 住所
					氏名
					乙（医療機関等） 所在地 名称
受取代理人に対する支払金融機関					
	金融機関名称	銀行	本店	預金種別	普通・当座
		信用金庫	支店		
	口座番号		口座名義（カタカナ）		

備考	個人番号（健康保険の記号番号を記入した場合は記入不要）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①個人番号カード（両面）の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本（①が提出できない方のみ）	
添付書類	1. 母子手帳の出産予定日が分かる部分の写しまたは出産予定日を証明する書類	

受付日付印