

※支給決定日		支給決定日 平成 年 月 日						
支給額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担 当	受付日付印	
	付加給付	款 項 目	円					
	合 計	被保険者支給額	円	分娩日	平成	年	月	日
		医療機関支給額	円					

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者)が記入するところ	被保険者証	記号	〇〇	番号	〇×〇	生年月日	昭和〇	年	〇	月	×	日
	被保険者氏名住所	氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ 健保 太郎 (印)								
		住所	〒	123-4567	(フリガナ)	〇〇ケン〇〇シ〇〇チョウ 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号 電話 ()						
	出産予定日・数	平成〇年 〇〇月 △△日 (単・多(1胎))										
	※申請者と同一の場合は不要です	出産予定者	氏名	(フリガナ)	ケンボ ハナコ 健保 花子 続柄 妻							
		生年月日	昭和△△年 〇〇月 ××日									
出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)	ケンボサンフジシカイ 健保産婦人科医院									
	所在地	〒	111-2323	(フリガナ)	××ケン××シ△△チョウ ××県××市△△町4-5-6							
申請者に対する支払金融機関	〇×△ (銀行 金庫 信組) △× (店・本店 支店) 出張所											
	預金種別	普通当座	口座番号	1234567		口座名義	(フリガナ)	ケンボ タロウ 健保 太郎				
申請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。												
申請者本人の退職等により、健康保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出生することによる申請である場合、申請者名と記号・番号			保険者名		協会けんぽ							
申請者本人の家族が被扶養者認定後、申請である場合は、その家族が被扶養者である場合、申請者名と記号・番号			記号		111		番号		123456			
			記号									

受取代理人の欄	申請者(健保 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(健保産婦人科医院) (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。											
	※ 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。											
	平成 〇 年 △ 月 × 日											
受取代理人に対する支払金融機関	甲(被保険者)の住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号										
	氏名	健保 太郎 (印) 医療機関にて記入										
	乙(代理人)の所在地	××県××市△△町4-5-6										
	名称	健保産婦人科医院 (印) 電話 〇〇 (1234) 5679										
	×△△ (銀行 金庫 信組) 〇〇 (店・本店 支店) 出張所											
	預金種別	普通当座	口座番号	3456789		口座名義	(フリガナ)	ケンボサンフジシカイ 健保産婦人科医院				

(備考欄)

(添付書類) 母子健康手帳の出産予定日及び氏名を確認できる面の写し