

(様式1)

※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					
		医療機関支給額	円	分娩日	平成	年		月
		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		番号		生年月日		年	月	日	
	被保険者氏名住所	氏名	(フリガナ)						印		
		住所	〒 (フリガナ)						電話 ( )		
	出産予定日・数	年 月 日						単・多(胎)			
	※申請者同一の場合不要です	氏名	(フリガナ)						続柄		
		生年月日	年 月 日								
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)								
		所在地	〒 (フリガナ)								
	申請者に対する支払金融機関	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				口座名義	(フリガナ)			
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		
申請者本人の家族が被扶養者認定後、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	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。									
	平成 年 月 日									
	甲(被保険者)の住所									
	氏名						印			
	乙(代理人)の所在地									
	名称						印 電話 ( )			
受取代理人に対する支払金融機関	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				口座名義	(フリガナ)			

(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