

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等申請書 (受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証		記号		被保険者	(フリガナ)	㊟	
			番号		の氏名			
	住所		〒 _____			TEL ( ) _____		
	事業所名							
	出産予定日		_____年 _____月 _____日		単・多 ( 胎)			
	出産予定者 氏名		(フリガナ)			続柄 ( ) _____		被扶養者認定年月日
								_____年 _____月 _____日
	出産予定 医療機関等		名称	(フリガナ)				
			所在地	〒 _____			TEL ( ) _____	
	金 融 機 関	銀行	本店	1: 普通	口座番号			
信用金庫		支店	2: 当座					
信用組合		支店コード	3: 貯蓄	口座名義 (カタカナ)				
農協		_____						
被扶養者が当組合の認定を受けて6ヶ月以内の出産の場合は下記に記入してください。								
※ 健康保険法第106条の規程により1年以上被保険者であった方が資格喪失後、6ヶ月以内に出産された場合、資格喪失をした保険者から出産育児一時金を受けることができる。								
申請者本人の退職により、健康保険の被保険者資格喪失後、6ヶ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ヶ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。)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。							
	※出産育児一時金の額42万円(産科医療補償制度に加入する医療機関等の在胎週数22週に達した日以後の出産でない場合は39万円)を上限とする。							
	令和 _____年 _____月 _____日							
	甲の住所 _____							
	氏名 _____ ㊟							
	乙の所在地 _____							
	名称 _____ ㊟ TEL ( ) _____							
	金 融 機 関	銀行	本店	1: 普通	口座番号			
信用金庫		支店	2: 当座					
信用組合		支店コード	3: 貯蓄	口座名義 (カタカナ)				
農協		_____						
1. 対象者 出産予定日まで2ヶ月以内の被保険者又は被扶養者。								
2. 手続き方法 申請者記入欄に記載し、医療機関等から「受取代理人の欄」に記入・捺印を受け提出してください。								