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	○○○○
申請者（被保険者）	氏名	(フリガナ) ケンポ イチロウ 健保 一郎		
	住所	〒000－0000 ○○県○○市○○町1－1		
	生年月日	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
出産予定日・数		平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 (単)・多（ ）胎		
出産予定者 ※ 被保険者が出産する場合は不要です	氏名	(フリガナ) ケンポ アイコ 健保 愛子		
	生年月日	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) △△イイン △△医院		
	所在地	〒000－0000 ○○県○○市△△町2-2		
申請者に対する支払金融機関	○○ (銀行)・信金 農協・信組	○○○ 支店		
	預金種別 (1:普通) 3:別段 2:当座 4:通知	口座番号 ○○○○○○	口座名義 (フリガナ) ケンポ イチロウ 健保 一郎	

申請者又は出産予定者が出産予定日から6カ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入してください。

※ 健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6カ月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。

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カ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		記号	
申請者本人の家族が扶養認定後、6カ月以内に出産することによる申請である場合、その家族が扶養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		記号	

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を上限とする。

平成　　年　　月　　日

甲の住所

氏　　名　　印

乙の所在地

名　　称　　印　　電話　　（

受取代理人に対する支払金融機関	銀行・信金 農協・信組	店・本店 支店・出張所		
	預金種別 1:普通 3:別段 2:当座 4:通知	口座番号	口座名義 (フリガナ)	

（備考欄）

（受付日付印）

倉庫業健康保険組合