

健康保険 出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

被保険者（申請者）・代理人記入用

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	枝番	マイナ ナンバー	記号・番号を記載した場合は記入不要です				
	氏名	(フリガナ)				生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	住所	〒	—			都	道			
	電話番号	自宅	()			府	県			
委任 選択欄	申請書の審査・決定にあたり、組合からの支払決定通知書等の送付先及び問い合わせ方法について選択してください									
	<input type="checkbox"/>	1. 上記の被保険者（申請者）住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。								
	<input type="checkbox"/>	2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。(申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください)								

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行	金庫	信組	本店	支店
		農協	漁協	出張所		
		その他 ()	(※ゆうちょ銀行は支店番号3桁を記入)			本所
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁での記入にご協力ください。			
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)				口座名義 の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

※出産費用が健康保険法で定める出産育児一時金の給付額を超過した場合は、申請者へのお振込みはありません。

受取代理人の欄および代理人の指定口座	申請者 () (以下「甲」) は、医療機関等である () (以下「乙」) 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を受領に関すること。					
	年 月 日					
	・申請者の住所 氏名 ・代理人の住所 名称 TEL ()					
金融機関 名称	銀行	金庫	信組	本店	支店	
	農協	漁協	出張所			
	その他 ()	(※ゆうちょ銀行は支店番号3桁を記入)			本所	支所
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	左づめでご記入ください。			
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

申請者記入用

申請内容	1 出産予定者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 出産予定日	年 月 日	
	3 出産予定数	<input type="checkbox"/> 人	
	4 出産する医療機関等	名称	所在地
	5 出産する方 ●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ	
5 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について ※記号・番号が不明な時は空白にしてください	保険者名	記号・番号	

1. 添付書類

添付書類はありませんので、受取代理制度を利用できる分娩機関より証明を受けた後、ご提出ください。

2. 記入方法

組合ホームページの「申請書一覧（6.給付に関する書式）」にある記入例をご参照ください。

3. 注意事項

- (1) 記入を誤ってしまった場合の訂正方法について
記入誤りがあった場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記載してください。訂正印は不要ですが、訂正した方が分かるように訂正箇所付近の余白に氏名（フルネーム）を記入してください。
- (2) 振込先指定口座について
被保険者（申請者）の口座情報を記入してください。なお、被保険者（申請者）以外の方に振込を希望される場合は、「受取代理人の欄」に被保険者（申請者）および代理人の署名が必要になります。
※扶養家族の方の口座を希望した場合も「代理人」に該当します。受取代理人欄の記載もれがないようご注意ください。
- (3) マイナンバーでの申請について
被保険者等の記号・番号が不明により、マイナンバーで申請する場合は、マイナンバー欄に番号を記入してください。なお、被保険者等の記号・番号は【資格情報のお知らせ】に掲載されています。

4. 提出先と振込日について

- (1) 申請書の提出（送付）先及び問い合わせ先
この申請書は、出産予定日の一ヵ月前には当組合（下記住所）または事業所の担当者を通じて提出してください。また、申請方法や制度についてのご質問は下記までご連絡をお願いします。

〒135-0047 東京都江東区富岡2丁目11-12
倉庫業健康保険組合 給付課 TEL 03-3642-8436
- (2) 振込日について
出産後、受取代理となった分娩機関より「出産に係る証明書」が届きしだい指定口座へお振込みいたします。
※出産費用が総額で50万円以上となった場合は、申請者へのお振込はありません。
※出産費用が50万円以内の場合は、差額を指定口座へお振込みいたします。なお、保険給付決定支払通知書は振込日に、被保険者（申請者）情報の委任選択欄で記入（希望）された所へ送付いたします。