

令和 1 年 5 月 7 日 提出

記入例

被保険者が記入するところ	被保険者等 記号・番号	記号 1	番号 1234	被保険者氏名 (請求者)	フリガナ ケンボ タロウ
				健保 太郎	
			生年月日	昭和・平成 57 年 4 月 25 日	
	被保険者氏名 (請求者) の現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション301号室 電話 (03) 1234 - 5678			
	出産予定者が被扶養 者である場合、 その者の氏名	健保 花子	生年 月日	昭和・平成 57 年 4 月 25 日	被保険者 との続柄 妻
	出産予定年月日	令和 1 年 6 月 27 日	出産予定数	単胎・多胎 (児)	
	出産予定 医療機関	名称 〇〇〇医院	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都△△区〇〇町117 電話 (03) 5678 - 1234	
	■被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、 現在の健康保険の種類を記入してください。	保険者名 (国民健康保険 又は、健保組合名等)		〇×△健康保険組合 電話 (03) 9876 - 6789	
	■被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、 以前加入していた健康保険の種類を記入してください。	記号		100	番号 200
		被保険者氏名		健保 花子	
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 被保険者 (申請者) 健保 太郎				
申請者 金融機関 に対する	※退職後の申請で、事業者の指示があった場合はご記入ください。 銀行 信金・ 支店番号 口座番号				

在職者の方は「委任状」欄に署名してください
(給付金は給与口座と合算して振り込まれます)

退職した方は、「支払金融機関」欄にご希望の口座
をご記入ください
(給付金は申請書に記載の口座に振り込まれます)

被保険者である甲 () は、医療機関の機能を行使し、
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。

令和 年 月 日

甲(被保険者) 住所 〒

氏名

乙(医療機関等) 所在地 〒

医療機関名

代表者名

電話

医療機関の記入が必要です

受取代理人(医療機関)記入欄

受取代理人 支払金融機関	銀行	本店	普通
	信金・信組	支店	当座
	フリガナ		
	支店番号	口座番号	名義人

留意事項

- 出産費用の実費が出産育児一時金・付加金の額より少ない場合、その差額は事業主を経由し、被保険者本人に支払われます。
なお、退職後の場合は被保険者本人に支払われますので、申請者金融機関をご記入ください。
- 申請後に受取代理人として指定した医療機関等以外で出産することとなった場合には、速やかにその旨を書面にて健康保険組合迄ご連絡ください。
- 出産育児一時金の受取代理を申請できるのは、出産育児一時金の支給を受ける見込みがあり、出産予定日まで2ヵ月以内である被保険者または出産予定日まで2ヵ月以内である被扶養者を持つ被保険者です。
- 被保険者の出産で出産日に資格喪失している場合は、付加給付金は支給されません。
また、被扶養者の出産で、出産日に扶養削除されている場合は、

受付日付印