

支給決定額				円
受取代理分	法定給付			
	付加給付			
本人支給分	法定給付			
	付加給付			
出産年月日		年	月	日

常務理事	事務長	部長	課長	扱者
	資格	取得	年	月
		喪失	年	月
			日	

(様式1) 健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金等請求書 (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		
	被保険者(申請者)	氏名	(フリガナ) ①			
		住所	〒 - (フリガナ)		電話	()
		生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	出産予定日・出産児数	平成 年 月 日			単胎・多胎(児)	
	出産予定者	氏名	(フリガナ)			
		生年月日	昭和・平成 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)			
	申請者または出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険または船員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をお願いします。 ※健康保険法第106条または船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険または船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出生された場合、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、健康保険または船員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				
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				
差額支払に対する振込先口座	種別	普通・当座	口座番号	口座名義	(フリガナ) 支店	
委任状欄 ※被保険者の個人口座に振込を希望する場合は不要	被保険者(請求者)	医療機関等からの請求額と出産育児一時金等支給上限額との差額の受領を、下記の代理人に委任します。 平成 年 月 日				
	受領代理人	氏名 ① 住所 氏名 ①				
備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、こちらへ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					

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。 1. 甲が請求する上記にかか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に係る付加給付を行う場合には、付加給付相当額を含む)を上限とする。 平成 年 月 日				
	甲の住所(申請者)	氏名	①		
	乙の所在地(医療機関等)	名称	①	電話	()
受取代理人に対する支払金融機関	預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義	(フリガナ) 支店