

※ 支 払 給	同 年 月 日	令和 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	記入例
	支 払 年 月 日	令和 年 月 日				
	支 給 額					
決 議 書	支 給 内 訳	法 定 付 加	資 格 喪 失	年 月 日	療 得 養 喪	年 月 日

(あて先)

健康保険 被保険者 家族 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 、 世 帯 主 又 は 組 合 員 ） が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証	記 号	4321	番 号	56789	
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員) <small>※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。</small>	氏 名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健 保 太 郎			<small>※印字不要の為、下記確認欄に印が必要で</small>
		住 所	〒 100 - 0000 電話 03 (xxxx) xxxx (フリガナ) トウキョウトチュウオウクマルマル 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101			
	出生年月日	昭和 57 年 9 月 8 日				
	出産予定日・数	令和 2 年 5 月 1 日 単 多 ( 1 胎)				
	出 産 予 定 者 <small>※申請者と同一の場合は不要です。</small>	氏 名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健 保 花 子			
		出生年月日	昭和 62 年 9 月 18 日			
	出 産 予 定 医 療 機 関 等	名 称	(フリガナ) マルマルサンフジカ 〇〇産婦人科			
		所在地	〒 - 電話 ( ) (フリガナ) (医療機関等の住所)			
	申請者に対する 支払金融機関	銀行				本店・支店 出張所
預金種別		1:普通	口座番号	口座名義	(フリガナ)	
<p>申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の被保険者として記載をお願いします。</p> <p>※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の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。</p> <p>申請者本人の退職等により、健康保険又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</p> <p>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</p>						
<p>お勤めの方は、事業所経由になります。 任継の方は、被保険者名義の銀行口座を記入して下さい。</p>						
<p><b>確認欄</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>		<p>この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※印をお願いします。</p> <p>①申請者本人(被保険者)が作成したものである。</p> <p>②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。</p>				
受 取 代 理 人 の 欄	<p>申請者( )は、医療機関等である( ) (以下「乙」という。)</p> <p>代理人と定 ( ) 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。</p> <p>甲が請求す ( ) 印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。</p> <p>※出産育児一時金 ( ) かわ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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲の 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>乙の 所在地</p> <p>名 称</p>					
	受取代理人に対する 支払金融機関	銀行				
	預金種別	1:普通	口座番号			
<p><b>【訂正方法】</b></p> <p>●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。</p>						
(備考欄)						