

## 出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

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 123	社員番号	*****		
	被保険者の氏名	健保 太郎		被保険者の 生年月日	昭和 平成	**年 8月 20日	
	出産予定者が被扶養者 の時はその者の氏名	健保 花子		被扶養者の 生年月日	昭和 平成	**年 3月 3日	
	出産予定日・数	令和 **年 5月 12日		単・多（胎）			
	出産予定医療機関等	名称	〇〇〇産婦人科医院				
		所在地	〒***-**** 東京都〇〇区〇〇町1-2-3				
	申請者また出産予定者が①か②に該当する場合のみ記入 ①出産予定者が本人であり、被保険者期間が1年以上で資格喪失後6ヶ月以内の出産の場合は、現在加入している保険者名と記号・番号 ②出産予定者が家族であり、扶養認定日以降6ヶ月以内に出産予定の場合は、その家族が以前に加入していた保険者名と記号・番号						
	保険者名			記号			番号
	振込先 (被保険者名義)	1. 健保給付金指定振込口座（※原則給与口座）					
		2. 1.以外で希望する 場合の振込先	銀行 信金	本店 支店	普通 預金	NO.	
口座名義(カタカナ記入):							
上記の通り申請します。 令和 **年 4月 20日 住所 〒***-**** 東京都〇〇区〇〇〇町4-5-6 氏名 健保 太郎 日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿 電話 03 - **** - ****							

受 取 代 理 人 の 欄	申請者(甲) ( 健保 太郎 ) は、医療機関である(乙) ( 〇〇〇産婦人科医院 ) 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。 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。 令和 **年 4月 20日 甲(被保険者) 住所 〒***-**** 東京都〇〇区〇〇〇町4-5-6 氏名 健保 太郎 乙(医療機関等) 所在地 〒***-**** 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 名称 〇〇〇産婦人科医院 院長 安山 良夫 電話 03 - **** - ****					
	乙欄に分娩予定の医療機関で記入を受けてください。(青字で記載している部分)					
	【お願い】内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。					
	受取代理人に対する支払金融機関の欄					
	〇〇〇	銀行 金庫	〇〇〇駅前	本店 支店	口座種別	普通・当座
口座名義	フリガナ 〇〇〇サンジンカイインチョウアンサンヨシ 〇〇〇産婦人科医院 院長 安山 良夫		口座番号	5678***		

### ■注意事項

1. 出産予定日まで2ヶ月以内であることを確認できる書類を添付してください。  
※「母子健康手帳」の写し(表紙+氏名と出産予定日が記載されているページ)または医療機関等の証明書。
2. 申請後に受取代理人である医療機関等以外で出産することになった場合は速やかに申し出てください。  
※取下げ申請が必要です。

受付印