## 健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金·付加金支給申請書 (受取代理用)

被		記号		番号		記号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください					
被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号·番号											
	氏名	(フリガナ	-)					生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日	
報	住所	(〒	-	)				電話番号 (日中の連絡先)	(		)	
申請内容	1 出産予定者		1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		1 - ① 家族の場合はその方		氏名 生年月日		年	月	B	
	2 出産予定年月日		令和	年	月	日	3 出産児	令和 の予定数	1. 単胎 2. 多胎 (	児)		
	4 出産予定医療機関等		名称	名称			所在地					
	5 出産予定の方が <b>被保険者</b> で 当組合資格喪失後6か月以内の出 現在加入している保険者について								5 - ② - 左記の保険者 より出産育児 一時金を 1. 受けた 2. 受ける予定 3. 受けない			
	6 出産予定の方が <b>被扶養者</b> で <u>当組合加入後6か月以内の出産</u> であ 以前加入していた保険者について			=== ===					6 - ② 1. 受けた 左記の保険者 より出産育児 一時金を 3. 受けない		受ける予定	
振込先指定口座	<ul><li>□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)</li><li>注)口座情報の反映には登録から数日を要します。</li></ul>											
	金融機関 名称			本店 支店 E庫 出張所		預	預金種別		普通 ・ 当座 ・ その他			
	口座番号						座名義 タカナ)					
受取代理人の欄(被保険者・医療機関それぞれ記入)	被保険者( ) (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。 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*1の受領に関すること。 *1 出産育児一時金の支給額(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、付加相当額を含む)を上限とする。 令和 年 月 日 甲(被保険者)の住所 氏名											
機関それぞれ記入)				氏名								
	受取代理人に		金融機関 名称			金庫		本店 支店 出張所	預金種	別	普通 当座 その他	
	支払金融権		口座番号			口座名	(フリガナ) <b>義</b>					
	産科医療保障制度 加入し			ている ・ 加入していない								