

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)

被保険者(申請者)情報	記号	番号	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		
	被保険者等 記号・番号				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
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の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	2 出産予定年月日	令和 年 月 日	3 出産児の予定数	1. 単胎 2. 多胎 (児)				
	4 出産予定医療機関等	名称	所在地					
	5 出産予定の方が被保険者で 当組合資格喪失後6か月以内の出産である場合、 現在加入している保険者について	保険者名	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 出産予定の方が被扶養者で 当組合加入後6か月以内の出産である場合、 以前加入していた保険者について	保険者名	6 - 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			

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)			
	注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。			
金融機関 名称	銀行 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座・その他
口座番号	口座名義 (カタカナ)			

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			
	乙(代理人)の住所 氏名			
	受取代理人に対する 支払金融機関	金融機関 名称	銀行 金庫	本店 支店 出張所
	口座番号	口座名義 (フリガナ)		
産科医療保障制度	加入している ・ 加入していない			