

記入例

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）

※利用できる医療機関は限られているので、事前に医療機関にご確認ください。出産予定日の2か月前になったら申請してください。付加給付を含めた出産育児一時金を医療機関が受け取る場合に使用。出産費用が出産育児一時金を下回った時には差額をお支払いします。

被保険者（申請者）情報

氏名	(フリガナ) サンヨウ ハナコ 三陽 花子	生年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日 令和
住所	(〒 XXX - XXXX) 〇〇県〇〇市〇〇XX-XX	電話番号 (日中の連絡先)	XXX(XXXX)XXXX

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 XX 年 XX 月 XX 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 〇〇〇クリニック	所在地	〇〇県〇〇市△△XXXX-XXX					
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 記号・番号	5 - ② 左記の保険者	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 記号・番号	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					

該当する場合はご記入ください。
前・現保険者のどちらか一方への
請求となります。

振込先指定口座

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。）
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	本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座・その他
口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> の場合は振込口座記入不要 口座の記入がある場合は、 記入された口座に振込します		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（ 三陽 花子 ）（以下「甲」という。）は医療機関等である（ 〇〇〇クリニック ）
（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の受領に関する事。
※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 XX 年 XX 月 XX 日

甲（被保険者）の住所 〇〇県〇〇市〇〇XX-XX
氏名 三陽 花子

乙（代理人）の住所 〇〇県〇〇市△△XXXX-XXX
氏名 〇〇〇クリニック

医療機関等に証明して
もらってください

受取代理人に対する 支払金融機関	金融機関 名称	〇〇〇	銀行 金庫	〇〇〇	本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座 その他
	口座番号	XXXXXXXX	口座名義	(フリガナ) 〇〇〇クリニック	〇〇〇クリニック		
産科医療保障制度		<input checked="" type="checkbox"/> 加入している ・ 加入していない					