

(注重点)

1. 本請求書は、出産育児一時金の医療機関受取代理を希望する方が使用するものです。希望者は、出産予定日まで2ヶ月以内になりましたら健康保険組合に提出してください。その際には出産予定日を証明する書類(母子手帳のコピー等)を添付してください。
  2. 受取代理人である医療機関等以外で出産することとなった場合、直ちに健康保険組合にご連絡願います。
  3. 医療機関での出産費用が出産育児一時金(付加金)に満たない場合は、その差額は事業所経由でお支払します。
- (様式1)

(あて先) 大日本印刷健康保険組合

押印を忘れずに

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)	被保険者証	記号	×××		番号	×××	社員番号	123456	
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員)	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎						印
	※「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。	住所	〒105-0014 (フリガナ) トウキョウトミナトクシバ1チョウメ10バン11ゴウ 東京都港区芝一丁目10番11号 電話 03 ( 3798 ) ××××						
		生年月日	S55 年 2 月 15 日						
	出産予定日・数	H23 年 6 月 17 日 (単)・多(胎)							
	出産予定者	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子						
	※申請者と同一の場合は不要です	生年月日	S60 年 4 月 21 日						
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) △△サンフジнка △△産婦人科						
		所在地	〒109-0123 (フリガナ) ○○シ○○チョウ○○バンチ ○○市○○町○○番地						
	申請者に対する支払金融機関	銀行	銀行 金庫 信組						店・本店 支店・出張所
預金種別		1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義	(フリガナ)			
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資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。									
※ 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被保険者合、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。									
条件に該当する場合は、必ず記入									
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	保険者名								
	記号	番号							
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	保険者名								
	記号	番号							
受取代理人の欄	申請者( 健保 太郎 ) (以下「甲」という。)は、医療機関等である( △△産婦人科 ) (以下「乙」という。)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。								
	※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等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。								
	23 年 5 月 3 日								
	甲の住所 〒105-0014 東京都港区芝一丁目10番11号								
氏名 健保 太郎 印									
乙の所在地 〒106-0202 ○○市○○町○○番地									
名称 △△産婦人科 印 電話 046 ( 123 ) 7700									
受取代理人に対する支払金融機関	銀行	×××						店・本店 支店・出張所	
	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義	(フリガナ) △△サンフジнка △△産婦人科			
(備考欄)									

この欄は記入しないで下さい

条件に該当する場合は、必ず記入

医療機関で記入押印をもらってください