

健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書
被扶養者

<受取代理用>

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等の 記号		8XX	番号	XXXX																
	被保険者 (申請者) の氏名	ふりがな けんぼ たろう 在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。 健保 太郎 (印)				生	年	月	日	昭和・平成											
	被保険者 (申請者) の住所	〒	X	X	X	-	X	X	X	X	東京	都	道	〇〇	市	区	電話	080	-	1234	-

申 請	出産 する者	1.被保険者 2.被扶養者(家族)																				
	被扶養者の 場合は、 その方の	氏名										生年月日										
内 容		健保 花子										昭和・平成	X	X	X	X	X	X				
	出産予定年月日	年	月	日	出産児の予定数																	
	令和	X	X	X	X	X	X	単胎・多胎(児)														
	出産予定医療機関等の																					
	名称	〇〇クリニック																				
	所在地	〒	X	X	X	-	X	X	X	X	東京	都	道	〇〇	市	区	電話	03	-	1234	-	5678
	被保険者が出産予定の場合で、当健保組合の資格喪失後6か月以内に出産する場合、現在加入している健康保険について																					
	健保等 の名称					記号					番号											
	被扶養者(家族)が被扶養者認定後、6か月以内に出産予定の場合で、その家族が被扶養者認定以前に加入していた健康保険について																					
	健保等 の名称	〇〇〇健康保険組合				記号	XXX				番号	XXXX										

受取代理人の欄につきましては、裏面にあります。

受付印

■ 添付書類

母子健康手帳(写)または出産予定日を証明する書類

※必ず出産者名と出産予定日が記載されていること

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	(印)
-----------------------	-----

<p>甲欄は被保険者、乙欄は代理人（医療機関等）、それぞれ記入・捺印のこと</p> <p>甲（ 健保 太郎 ） は、医療機関等である乙（ 〇〇クリニック ） を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>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。</p> <p>甲が請求する出産育児一時金のうち、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。</p> <p>※上限50万円（産科医療補償制度対象の出産でない場合は48.8万円）</p> <p style="text-align: right;">令和 XX 年 XX 月 XX 日</p>																
代	甲 （被 保 険 者）	住所	〒	X	X	X	—	X	X	X	X	東京	都 道 府 県	〇〇	市 区 郡	
		氏名	健保 太郎											印		
人 の 欄	乙 （医 療 機 関 等）	住所	〒	X	X	X	—	X	X	X	X	東京	都 道 府 県	〇〇	市 区 郡	
		名称	〇〇クリニック											印		
		受取代理 人の支払 金融機関	預 金 種 別	1.普通	2.当座	3.その他（ ）	口 座 番 号	X	X	X	X	X	X	銀行 信金 組合 労金	□□□	本店 支店 出張所
																（ふりがな まるまるくりにつく ） 〇〇クリニック