

◎ 出産予定日を証明する書類（産科医療補償制度登録証の写）などを添付してください

健 保 使 用 欄	支払額	¥	拾万	万	千	百	拾	円	資格取得日	年	月	日
			資格喪失日	年	月	日						
	法 定 付 加	款	項	目					支払年月日	年	月	日
									出 産 日	年	月	日
	医療機関への支払額				円	被保険者への支払額				円		

出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証 の記号・番号	(記号) 29	(番号) 30	②事業所名	〇〇〇〇株式会社			
	③被保険者(申 請者)の氏名・印	田中 夏男		④生年月日	昭和 平成	60年 10月 1日		
	⑤被保険者 (申請者)の住所	〒 ー 大阪府………		電話	06 (××××)	〇〇〇〇		
	⑥出産予定者名 ※申請者と同一の場合 は不要です	田中 秋子	生年 月日	昭和 平成	62年 12月 3日	続柄	妻	
	⑦出産予定日・数	平成 29年 4月 5日		単胎・多胎 (児)				
	⑧出産予定 医療機関等	所在地	〒 ー 大阪府………		電話	06 (××××)	〇〇〇〇	
		名称	△△△△病院					
	⑨申請者又は出産予定者が出産予定日から6ヶ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、以下いずれかに記載をお願いします。 ※健康保険法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であった方が被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出産された場合、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。							
	被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月以内に出産の場合は、 以前加入していた被保険者証の記号・番号及び保険者名				(記号)	(番号)		
資格喪失後の出産の場合は、新たに加入した 被保険者証の記号・番号及び保険者名				(全国健康保険協会支部名・健康保険組合名)				

受 取 代 理 人 の 欄	申請者(田中 夏男) (以下「甲」という)は、医療機関等である(△△△△病院) (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※の受領に関する事 ※出産育児一時金の額42万円(産科医療補償制度未加入の場合、医学的管理下における在胎週数22週に達した日以後の出産でない場合は40.4万円)を上限とする 平成 ××年 ××月 ××日 甲の住所 大阪府…… 氏名 田中 夏男 乙の住所 大阪府…… 氏名 △△△△病院											
	受取代理人 に対する支払 金融機関	銀行 コード (4ケタ)	1234	〇〇	銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	567	〇〇	支店	普通(当座) (〇をつけてください)	カタカナで記入してください △△△△ビヨウイン	
	口座 番号	9	8	7	6	5	4	3	口座 名義	カタカナで記入してください △△△△ビヨウイン		
	*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください											

⑩ 支 払 金 融 機 関 に 対 す る	必ずご記入ください											
	銀行 コード (4ケタ)	1234	〇〇	銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	567	〇〇	支店	普通(当座) (〇をつけてください)	カタカナで記入してください タナカ ナツオ		
	口座 番号	9	8	7	6	5	4	3	口座 名義	カタカナで記入してください タナカ ナツオ		

※被保険者以外の口座をご希望の場合は「

記入洩れが多発しております！！
銀行名・支店名・口座番号・預金名義
全て洩れなく記入して下さい。
※被保険者以外の口座をご希望の場
合は、下欄の「受取代理人の欄」にもそ
れぞれ記入・捺印が必要です。

受 取 代 理 人 の 欄	住所	被保険者
	氏名	被保険者
	住所	代理人
	氏名	代理人