◎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
											伺年月日	年　月　日
	法定	款	項	目							支払年月日	年　月　日
	付加										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)	(番号)	②事業所名		
③被保険者(申請者)の氏名		④生年月日	昭和 平成　年　月　日		
⑤被保険者(申請者)の住所	〒　－ 電話　(　)				
⑥出産予定者名 ※申請者と同一の場合は不要です		生年月日	昭和 平成　年　月　日	続柄	
⑦出産予定日・数	令和　年　月　日 単胎・多胎（　児）				
⑧出産予定医療機関等	所在地	〒　－ 電話　(　)			
	名称				
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(　　)(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。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 ※出産育児一時金の額50万円(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48．8万円)を上限とする 令和　年　月　日 甲の住所 氏名 乙の住所 氏名　電話　(　)										
受取代理人に対する支払金融機関	銀行コード(4ケタ)		銀行 信用金庫 農協	支店コード(3ケタ)		支店	普通・当座(○をつけてください)			
	口座番号							口座名義	カタカナで記入してください	

＊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申請者に対する支払金融機関	必ずご記入ください									
	銀行コード(4ケタ)		銀行 信用金庫 農協	支店コード(3ケタ)		支店	普通・当座(○をつけてください)			
	口座番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします						口座名義	カタカナで記入してください	
	□ 公金受取口座の利用を希望する場合はチェックを入れてください※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります									

※被保険者以外の口座をご希望の場合は『受取代理人の欄』にもそれぞれ記入が必要です

上記に対して代理人の欄		
本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和　年　月　日		
被保険者	住所 氏名	
代理人	住所 氏名	

受付日付印

住商連合健康保険組合