

◎ 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	¥	資格有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			喪失日：年 月 日
			処理日：年 月 日
			年 月 日
	記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。		

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被保険者等 記号・番号	(記号) 29	(番号) 30	②事業所名	〇〇〇〇株式会社			
	被保険者のマイナンバー(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)							
	③被保険者(申 請者)の氏名	田中 夏男		④生年月日	昭和 平成	19年 10月 1日		
	⑤被保険者 (申請者)の住所	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	令和 6年 7月 27日	単胎・多胎 (児)					
	⑧出産予定 医療施設の名称	〇〇〇病院						
	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ヶ月以内に出産の場合は、 以前加入していた被保険者等記号・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 被保険者等記号・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 ※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)								
	令和 ××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 (○をつけてください)
	口座 番号	9	8	7	6	5	4	口座 名義	カタカナで記入してください △△△△ビヨウイン

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。
* ゆうちょ銀行をご希望の方は必ず支
店名(漢数字3桁)も記入してください。
※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
れぞれ記入が必要です。

⑩申 請 者 に 対 す る 支 払 金 機 関	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 (○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 タナカ ナツオ
	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合はチェックしてください※公金受取口座へのお支払いにはお たたく場合があります								

公金受取口座の利用には、健康保
険組合にマイナンバーの提出が済
んでいることと、マイナポータルでの
公金受取口座の登録が必須です

受付日付印

甲
54
大
任
任