

◎ 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
	法定 付加	款	項	目
				喪失日： 年 月 日
				処理日： 年 月 日
				支払日： 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	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被保険者等 記号・番号	(記号)	(番号)	②事業所名		
	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	④生年月日		昭 平	和 成	年 月 日
	⑤被保険者 (申請者)の住所	〒 () 電話 ()				
	⑥出産予定者名 <small>※申請者と同一の場合 は不要です</small>	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 医療施設の名称					
	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ヶ月以内に出生された場合、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() (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		
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					

⑩ 申 請 者 に 対 し て の 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)
	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします			口座 番号	カタカナで記入してください
<input type="checkbox"/> 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時間をいただく場合があります					

受付日付印

申請書送付先
541-0041
大阪府大阪市中央区北浜4-7-28
住友ビル2号館6階
住商連合健康保険組合 あて