

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                       |  |                                               |       |             |      |          |        |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|-------|-------------|------|----------|--------|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ             | 被保険者証                                                                                                                                                                                                 |  | 記号                                            |       |             |      | 番号       |        |  |  |  |
|                                                                      | 被保険者                                                                                                                                                                                                  |  | 氏名                                            |       |             |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                       |  | 住所                                            |       | 〒 - 電話 ( )  |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                       |  | 生年月日                                          |       | 昭和・平成 年 月 日 |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      | 出産予定日・数                                                                                                                                                                                               |  | 令和 年 月 日 □ 単 □ 多 ( 胎 )                        |       |             |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      | 出産予定者<br><small>※被保険者と同一の場合は不要です</small>                                                                                                                                                              |  | 氏名                                            |       |             |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                       |  | 生年月日                                          |       | 昭和・平成 年 月 日 |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      | 出産予定<br>医療機関等                                                                                                                                                                                         |  | 名称                                            |       |             |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                       |  | 所在地                                           |       | 〒 -         |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      | 申請者に対する<br>支払金融機<br>関                                                                                                                                                                                 |  | 銀行 店                                          |       |             |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                       |  | 預金<br>種別                                      | 普通・当座 | 口座<br>番号    |      | 口座<br>名義 | (フリガナ) |  |  |  |
|                                                                      | 受取代理人の欄 ※<br><small>被保険者以外の口座名義にて受領の場合ご記入ください。</small>                                                                                                                                                |  | 私は、 を代理人と定め、出産育児一時金の<br>差額分の受領を委任します。 被保険者氏名： |       |             |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      | 被保険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の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。<br><small>※健康保険法第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。</small> |  |                                               |       |             |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      | 被保険者の退職により、健康保険の被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に出生することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号                                                                                                                               |  |                                               |       |             | 保険者名 |          |        |  |  |  |
| 記号                                                                   |                                                                                                                                                                                                       |  |                                               |       |             |      | 番号       |        |  |  |  |
| 被保険者の家族が被扶養者認定後、6ヶ月以内に出生することによる申請である場合、その家族が被扶養者認定以前に加入していた保険者と記号・番号 |                                                                                                                                                                                                       |  |                                               |       | 保険者名        |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                       |  |                                               |       | 記号          |      | 番号       |        |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入                                      | 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。<br>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。<br>年 月 日<br>甲の住所<br>氏名<br>乙の所在地<br>名称 電話 ( )         |  |                                               |       |             |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      | 受取代理人の欄                                                                                                                                                                                               |  | 銀行 店                                          |       |             |      |          |        |  |  |  |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                       |  | 預金<br>種別                                      | 普通・当座 | 口座<br>番号    |      | 口座<br>名義 | (フリガナ) |  |  |  |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                       |  |                                               |       |             |      |          |        |  |  |  |

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

|     |  |
|-----|--|
| 備 考 |  |
|-----|--|

|       |       |       |        |       |      |     |   |
|-------|-------|-------|--------|-------|------|-----|---|
| 組合記入欄 | 資格取得  | 年 月 日 | 標準報酬月額 | 千円    | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|       | 資格喪失  | 年 月 日 | 支給決定   | 年 月 日 |      |     |   |
|       | 法定給付  | 円     |        |       |      |     |   |
|       | 付 加 金 | 円     | 支払決定   | 年 月 日 |      |     |   |
|       | 合 計   | 円     |        |       |      |     |   |