

## 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	1010		番号	1234	
	被保険者	氏名	健保 太郎				
		住所	〒 541 - 0043 大阪市中央区〇〇 電話 06 ( XXXX ) XXXX				
		生年月日	平成 7 年 12 月 18 日				
	出産予定日・数	令和 5 年 11 月 15 日 <input checked="" type="checkbox"/> 単 <input type="checkbox"/> 多 ( 胎)					
	出産予定者 <small>※被保険者と同一の場合は不要です</small>	氏名	健保 花子				
		生年月日	平成 8 年 11 月 15 日				
	出産予定医療機関等	名称	梅田クリニック				
		所在地	〒 - 大阪市北区〇〇				
	申請者に対する支払金融機関	銀行	店				
	預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義	(フリガナ)		
受取代理人の欄 <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、	梅田クリニック を代理人と定め、出産育児一時金の差額分の受領を委任します。 被保険者氏名: 健保 太郎					
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。 <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ヶ月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の被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ヶ月以内に出産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ヶ月以内に出産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				
被保険者が記入	申請者	健保 太郎 (以下「甲」という。)		梅田クリニック (以下「乙」という。)			
	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。						
	令和 5 年 12 月 5 日						
受取代理人の欄	甲の住所	大阪市中央区〇〇		請求者が記入し、健保へ提出			
	氏名	健保 太郎					
	乙の所在地						
名称	産院・医療機関等に記入してもらうこと ( ) 店						
受取代理人に対する支払金融機関	預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義	(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					