

出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

「資格情報のお知らせ」やマイナポータルでご確認ください。番号の枝番は記載不要です。マイナンバーの記載はNGです。

被 保 険 者 (甲) 記 入 欄	被保険者等 記号	9999	番号	999999	
	被保険者氏名	フリガナ ニッパツ タロウ	昭・平 ××年 ××月 ××日生		
	被保険者の住所と電話番号	フリガナ	電話： 〇〇県 〇〇市 △△1-2-3		
	出産する者	フリガナ	昭・平 年 月 日生		
	出産予定日	令和 年 月 日			
	出産予定医療機関等	名称	電話： ()		
	所在	電話： ()			

被保険者又は被扶養者認定されているご家族についてご記入ください。

この受取代理制度に加入している産院をご記入ください。

※被保険者の入社、被扶養者の扶養認定日が、6か月以内の出産予定の場合は、

甲 () は、医療機関等である乙 () を代理人と定め、次の権限を委任します。

甲が請求する出産育児一時金のうち、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。 ※出産育児一時金の支給額を上限とする。

令和 年 月 日

甲の住所 (被保険者) 氏名

乙の所在地 (代理人) 名称

受取代理人 (乙) に対する支払金融機関の欄

金融機関名	金融機関コード	*	店番コード	*	口座種別	1 普通 2 当座 3 その他 ()
		銀行 農協 金庫 信組		本店 支店		
口座番号					フリガナ	
					口座名義	

被保険者氏名を記入します。

産院名を記入します。

甲・乙それぞれの署名が必要になります。日付けはこの書類の作成日をご記入ください。

※ 記入については、添付資料の留意事項をお読みください。

以下は健保組合使用欄

受付印

常務理事	事務長	担当者