

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

(受取代理用)

被保険者(申請者)情報	被保険者等(右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和			
				<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名(フリガナ)	事業所名称					
	住所	(〒 -)	都(道)	府(県)			
	電話番号(日中の連絡先)	TEL ()					

申請内容	出産予定者	<input type="checkbox"/> 被保険者	出産する者が被扶養者の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和																		
		<input type="checkbox"/> 被扶養者			年月日	<input type="checkbox"/> 平成																		
	出産予定年月日	令和				年				月			日	出産予定数	<input type="checkbox"/> 単									
		<input type="checkbox"/> 多(胎)																						
	出産をする医療機関等	名称	所在地																					
	出産する方	<input type="checkbox"/> はい	「はい」の場合は、右欄もご記入ください。										<input type="checkbox"/> いいえ	保険者名										
													記号・番号											
														左の保険者より同一の出産について出産育児一時金を										
														<input type="checkbox"/> 受けた / 受ける予定										
														<input type="checkbox"/> 受けない										

受取代理人の欄	被保険者() (以下「甲」という)は、医療機関である() (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。																	
	※ 出産育児一時金等の支給額【一児につき法定金額500,000円+付加金額(被保険者40,000円・家族20,000円)】を上限とする。																	
	ただし、産科医療補償制度未加入機関での分娩の場合は【一児につき法定金額488,000円+付加金額(被保険者40,000円・家族20,000円)】を上限とする。																	
	令和				年				月				日					
	甲の住所																	
	氏名	印																
	乙の所在地																	
	名称	印																
		電話 ()																
	受取代理人に対する支払金融機関	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()										本店 支店 出張所 本所 支所					
		預金種別	普通	口座番号										<input type="checkbox"/> 口座名義(カタカナ)				

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

印