

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 (受取代理用) 被保険者(申請者)記入用

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
氏名(フリガナ) 事業所名称
住所 電話番号(Tel)

申請内容
出産予定者 被保険者 被扶養者 出産する者が被扶養者の場合はその方の氏名 生年月日
出産予定年月日 令和 年 月 日 出産予定数 単胎 多胎
出産をする医療機関等 名称 所在地
出産する方 はい いいえ 「はい」の場合は、右欄もご記入ください。
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 □ 受けた / 受ける予定 □ 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 本店 支店 農協 漁協 出張所 其他 ( ) 本所 支所
預金種別 普通 口座番号 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)
社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印
受付日付印