

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 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 ○○	月 ○○	日 ○○
	氏名 (フリガナ) 自署の場合は押印を省略できます。	デンセツ タロウ 電設 太郎		事業所名称	△△ 株式会社		
	住所 電話番号(日中の連絡先)	(〒○○○-○○○) ○○ 都(道)府(県) ○○市 ○○区 ○○町 ○-○-○					

申請内容	出産予定者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	出産する者が被扶養者の場合はその方の氏名	電設 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 ○○	月 ○○	日 ○○
	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 □□□□病院	所在地	□□県 □□市 □□区 □□町 □□番地			

●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。
●家 族 → 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか。

●被保険者 → 現在加入している保険者
●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者

左の保険者より同一の出産について出産育児一時金を

出産する方
はい 「はい」の場合は、右欄もご記入ください。
いいえ

保険者名
記号・番号

受けた / 受ける予定
受けない

受取代理人の欄	被保険者(電設 太郎)(以下「甲」という)は、医療機関である(□□□□病院)(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	□□県 □□市 □□区 □□町 ○-○-○					

氏名 電設 花子 (電設)

乙の所在地 □□県 □□市 □□区 □□町 □□番地

名称 □□□□病院 (病院) 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	○○○○○○○○	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