

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 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○○○
	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 ○-○-○ TEL ○○○ (○○○) ○○○○		

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	出産する方 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、右欄もご記入ください。	

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※の受領に関する事。 ※ 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 乙の所在地 ○○県○○市○○区○○町○○番地 名称 ○○○○病院 電話 ○○○(○○○)○○○	電設 病院		

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