

※ 支払 私給	伺年月日	令和 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者台帳照合印
	支払年月日	令和 年 月 日						
	支給額							
決 議 書	支給内訳		資 格	得	年 月 日	療	得	年 月 日
	付加			喪	年 月 日	養	喪	年 月 日

**健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書(事前申請用)**

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。  
◎「※」印欄は記入しないでください。  
◎甲の委任欄の記入方法は記入例をご確認ください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号(左詰め)		⑦ 生年月日		被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日		
			昭平令 年 月 日		※	※	※ 0:無 1:有	※ 年 月 日		
	①被保険者の(フリガナ)		(フリガナ)		事業所の	名称				
	(氏)		(名)			所在地				
	被保険者の(申請者)住所		郵便番号	(フリガナ)		電話番号		住所		
	被扶養者が出産したための申請であるときは、その者の		氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生		
	入院する医療機関		名称	所在地		被保険者と 出生児の続柄				
	法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)		円	調整減額コード	海外表示	特別支給コード	備考			
	資格喪失後、家族の被扶養者となったとき その被保険者証の 被扶養者が被保険者であった場合は、 その当時の被保険者証の		保険者名		記号及び番号					
	確認欄		この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。							
支払区分		1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座利用		預金種別	振込銀行	銀行		本店 支店 出張所		
口座番号		普通								
口座名義										
□ 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		事業主名称		被保険者(申請者)	日付	年 月 日				
◎受取代理人の欄		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。 甲が申請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(上限50万円※)の受領に関すること ※一児につき上限50万円 年 月 日 甲の住所(被保険者) 氏名 乙の住所(代理人) 氏名 電話 ( )								
支払区分		1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座利用		預金種別	振込銀行	銀行		本店 支店 出張所		
口座番号		普通								
口座名義										

社会保険労務士の提出代行者名

令和 年 月 日提出

受付印