

※ 支払給	同 年 月 日	令和 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	記入例
	支 払 年 月 日	令和 年 月 日				
	支 給 額					
決議書	支給内訳	法定 課 項 目	資 格	得 喪	療 養	年 月 日
	付加					

(あて先)

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者、世帯主又は組合員)が記入するところ	被保険者証	記号	4321	番号	56789	
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員) <small>※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。</small>	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保太郎	※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。		
		住所	〒 100 - 0000 (フリガナ) トウキョウトチュウオウクマルマル 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101	電話	03 (××××) ××××	
	生年月日	昭和 57 年 9 月 8 日				
	出産予定日・数	令和 2 年 5 月 1 日	単 多 (1 胎)			
	出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です。</small>	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保花子			
		生年月日	昭和 62 年 9 月 18 日			
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) マルマルサンフジンカ 〇〇産婦人科			
		所在地	〒 - (フリガナ) (医療機関等の住所)	電話	()	
	申請者に対する支払金融機関	支払区分	1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座利用	銀行	本店・支店 出張所	
預金種別		1:普通	原則、お勤め中の方は、事業所経由(銀行等記入不要)になります。任継の方は、銀行振込(任継取得時にご記入の受取銀行口座/銀行等記入不要)となります。※退職者のみ銀行名等詳細記入必須。★公金受取口座の利用制度詳細は、当健保HPお知らせをご覧ください。			
申請者又は出産予定者が出産予定日までに記載をお願いします。 <small>※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の別表に規定する場合は、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。</small>						
申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号		保険者名		記号	番号	
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号		保険者名		記号	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。					
<input checked="" type="checkbox"/>	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。					
受取代理人の欄	申請者()は、医療機関等である() (以下「乙」と)					
	甲が請求する費用の額は、甲が請求する費用の額※の受領に関する。甲が請求する費用の額は、甲が請求する費用の額※の受領に関する。甲が請求する費用の額は、甲が請求する費用の額※の受領に関する。					
	令和 年 月 日					
受取代理人に対する支払金融機関		銀行				
預金種別		1:普通	口座番号			
(備考欄)						

【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
例： あいうえお かきくけこ(健保太郎)