出版健康保険組合 殿

出産育児一時金(付加金)支給申請書(受取代理用)

被保険者が記入するところ

被保険者	記　号		番　号		
	氏　名	(フリガナ)			
	住　所	〒　　－　　(フリガナ) 電話　　(　　)			
	生年月日	昭 和 平 成　　年　　月　　日			
出産予定日	令 和　　年　　月　　日　単・多(　　胎)				
出産予定者 ※申請者と同一の場合は不用です。	氏　名	(フリガナ)			
	生年月日	昭 和 平 成　　年　　月　　日			
出産予定医療機関等	名　称	(フリガナ)			
	所在地	〒　　－　　(フリガナ)			
被保険者に対する支払金融機関	銀行名	銀　　行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号	
				フリガナ	
	預金種別	普　通　・　当　座		口座名義人	

被保険者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。

※　健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、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。

被保険者の退職等により、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	
被保険者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	

受取代理人の欄

被保険者(　　)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(　　)(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等のうち、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(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。

令和　　年　　月　　日

甲の 住所

氏名

乙の所在地

名称　　電話　　(　　)

受取代理人に対する支払金融機関	銀行名	銀　　行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号	
				フリガナ	
	預金種別	普　通　・　当　座		口座名義人	

個人番号												

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

※個人番号を記載される場合には、①個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し)②身元確認(運転免許証又はパスポート等)の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要になります。

出版健康保険組合