常務理事	事務長	課　長	課長代理	係　長	主　任	担当者

健康保険　被保険者・家族　出産育児一時金申請書（受取代理用）

伺年月日	令和　　年　　月　　日	受　付　番　号	No

被保険者が記入するところ

被保険者記号・番号		事業所	名　称	
（記号）	（番号）		所在地	

被保険者（請求者）の氏名	（フリガナ）	住所	（フリガナ） 〒　　― ☎　　（　　）

出産予定日・数	令和　年　月　日 単・多　（　　胎）	被扶養者が出産するための請求であるときは、その者の			
		氏名		生年月日	昭和 平成　　年　月　日生

被扶養者の認定を受けた日から6ヶ月以内に出産の場合は、被扶養者が以前加入していた被保険者名 資格喪失後6ヶ月以内の出産の場合は、現在加入の被保険者証の記号・番号及び保険者名	（記号）	（番号）	（被保険者名）
	（保険者名） ☎　　（　　）		

入院する医療機関	名　称	
	所在地	

被保険者に対する支払金融機関の欄

金融機関名	店　名	預金種別	口座名義人・口　座　番　号	
フリガナ（　　） 銀　行 信用金庫	フリガナ（　　） 本　店 支　店	当　座 普　通	名義人	フリガナ
			口座番号	

備考欄	

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。
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（※）（一児につき上限５０万円）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、付加金相当額を含む）を上限とする。

令和　　年　　月　　日

甲（被保険者）の　住所
氏名

乙（代理人）の　住所
氏名
電話　　（　　）

受取代理人に対する支払金融機関の欄

金融機関名	店　名	預金種別	口座名義人・口　座　番　号	
フリガナ（　　） 銀　行 信用金庫	フリガナ（　　） 本　店 支　店	当　座 普　通	名義人	フリガナ
			口座番号	

＊　記入・留意事項等については、裏面をご覧ください。

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。）