

【記入例】

支	係	係
医療		
支		
金		
		月 日
		月 日

ご注意ください！！

この用紙は、受取代理制度を導入している医療機関で出産するときのみ、使うことができます。

直接支払制度を利用された方、また、どちらもご利用にならないで健保組合に請求する方は、一つ上の段にある、「受取代理以外」用をご使用下さい。

被保険者
家 族

出産育児一時金(付加金)請求書(受取代理用)

(注意事項)

※この請求書には、次の書類を添付してください。

- ・母子健康手帳の 出産予定日がわかるページ」の写し
- ※申請書は、出産予定日の2ヶ月前より受付します。
- ※被保険者への振込が発生した場合は、事業所を通じて振込します。
- ※出産育児一時金付加金については、資格喪失後の出産の場合は、支給されません。
- ※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、①被保険者証の記号・番号」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、本人確認をします)

被 保 険 者 (申 請 者) 出 産 予 定 入 居 す る こ ろ	①被保険者証の記号・番号	18-1234		②事業所の名称	健保商事株式会社		
	③被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ) オオヒラ ケンタ 大平 健太		④被保険者の生年月日	昭利 平成 〇〇年 5月 25日		
	⑤被保険者(申請者)の住所	郵便番号	(フリガナ)	トウキョウトトシマクコマゴメ 〇-〇-〇			
		170-0003	東京 都道府県	豊島区駒込〇-〇-〇			
				電話番号 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
	⑥出産予定日・胎児数	平成 〇〇年 6月 3日		⑦(単胎) ・多胎 (児)			
	⑦被保険者(本人)(資格喪失者のみ)	当健保組合資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について					
		健保等の名称		被保険者氏名		記号・番号	
	⑧被扶養者(家族)	氏(フリガナ) オオヒラ ヤスコ 大平 保子		続柄	妻 昭利 平成 〇〇年 7月 8日		
		当健保組合加入6ヶ月以内に出産した場合、以前加入していた健康保険について					
	健保等の名称		本人・家族の別	記号・番号		加入時の氏名	
	〇〇健康保険組合〇〇支部		(本人) ・家族	100-234		大平 保子	
⑨出産予定医療機関等	名称	〇〇レディースクリニック					
	所在地	千葉県習志野市東習志野〇-〇-〇					
⑩振込希望口座(資格喪失者のみ)	銀行 店・本店 金庫 支店・出張所						
	預金種別	1. 普通	口座番号	口座名義	(カタカナで記入)		

受 取 代 理 人 の 欄	① 申請者(大平 健太) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇レディースクリニック) (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。					
	※(家族)出産育児一時金・(家族)出産育児一時金付加金についてをいいます。					
	甲(被保険者) 住所	〒 170-0003 東京都豊島区駒込〇-〇-〇				平成〇〇年 5月 10日
	氏名	大平 健太				代理人等については、医療機関等にて、記入してもらってください。
	乙(代理人) 所在地	〒 275-0001 千葉県習志野市東習志野〇-〇-〇				
	名称	〇〇レディースクリニック				昭利 平成 〇〇年 5月 10日
	受取代理人に対する支払金融機関の欄	銀行 〇〇 金庫 〇〇 店・本店 支店・出張所				電話番号 047 (〇〇〇) 〇〇〇〇
	預金種別	1. 普通	口座番号	1234567	口座名義	(カタカナで記入) 〇〇レディースクリニック

(備考欄)