

常務理事	事務長	担当者

被保険者
被扶養者

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) 記入欄	被保険者	記号	番号	被保険者氏名		被保険者生年月日			
				(フリガナ)		昭和 平成	年 月 日生		
		住所	〒					電話	()
		事業所名							
	出産予定日数	令和 年 月 日		単・多 (胎)					
	出産予定者 <small>申請者と同じ場合は不要です。</small>	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)						
	申請者に対する 支払金融機関	銀行		本・支店					
預金種別		普通・当座	口座番号	口座名義	(フリガナ)				

受取代理人の欄	<p>申請者 () (以下「甲」という) は、医療機関である () (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。</p> <p>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 出産育児一時金の額 42万円 (産科医療保障制度に加入する医療機関等の医学的管理下における在胎週数 22週に達した日以後の出産でない場合は 39万円) を上限とする。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲の住所 _____</p> <p>氏名 _____ 印 _____</p> <p>乙の所在地 _____</p> <p>名称 _____ 印 _____ 電話 ()</p>							
	受取代理人に対する 支払金融機関	銀行		本・支店				
		預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義	(フリガナ)		

- 1.対象者
出産予定日まで2ヶ月以内の被保険者または被扶養者。

健保受付印

- 2.手続き方法
被保険者記入欄の必要事項を記入し、医療機関から「受取代理人の欄」に記入捺印を受け提出してください。