

|                   |     |     |        |     |      |     |     |
|-------------------|-----|-----|--------|-----|------|-----|-----|
| 支給決定（支給決定日 . . .） |     |     |        | 受 付 |      |     |     |
| 常務理事              | 事務長 | 担当者 | 支給決定金額 | 内 訳 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|                   |     |     |        | 法定  |      |     |     |
|                   |     |     |        | 付加  |      |     |     |

|       |
|-------|
| 受付No. |
|-------|

【受取代理制度を利用する場合にご利用ください。

被保険者  
家 族

出産育児一時金・付加金申請書

受取代理人への支払が健康保険組合が支給する  
給付金未満であった場合、差額の給付金の受領を、  
所属する事業主へ委任します。

|                                                                                                                                                                                       |                                     |        |                      |             |         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------|----------------------|-------------|---------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄                                                                                                                                                       | 被保険者等                               | 記号     |                      |             |         |  |
|                                                                                                                                                                                       |                                     | 番号     |                      |             |         |  |
|                                                                                                                                                                                       | 被保険者<br>(請求者)<br>の氏名                | (フリガナ) | 生 年 月 日              |             |         |  |
|                                                                                                                                                                                       |                                     |        | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日 |             |         |  |
|                                                                                                                                                                                       | 被保険者<br>(請求者)<br>の住所                | 〒      |                      |             |         |  |
|                                                                                                                                                                                       | 被扶養者が出産する<br>ための請求であるとき<br>は、その者の氏名 | 氏 名    | 生 年 月 日              |             |         |  |
|                                                                                                                                                                                       |                                     |        | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日 |             |         |  |
|                                                                                                                                                                                       | 出産予定日<br>(事後申請の場合は出産日)              | 年 月 日  | 単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )      |             |         |  |
|                                                                                                                                                                                       | 入院する医療機関等<br>名称および所在地               | 名称     |                      |             |         |  |
|                                                                                                                                                                                       |                                     | 所在地    | 〒                    |             |         |  |
| 被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産であるとき、現在加入している健康保険組合または船員保険の保険者<br>名を下欄に記入してください(この場合、付加金は支給されません)。また、家族の出産の場合で、あなたの被扶<br>養者とした時期が出産より6ヶ月以内であるとき、被扶養者とする前に加入していた健康保険組合または船員保険<br>の保険者名を下欄に記入してください。 |                                     |        |                      |             |         |  |
| 保険者名                                                                                                                                                                                  |                                     | 被保険者氏名 |                      | 被保険者証の記号・番号 |         |  |
|                                                                                                                                                                                       |                                     |        |                      |             |         |  |
| 振<br>込<br>希<br>望<br>口<br>座                                                                                                                                                            | *退職者(任意継続被保険者を含む)記入。(被保険者名義)        |        |                      |             |         |  |
|                                                                                                                                                                                       | 金融機関名                               | 店 名    | 預金種別                 | 口座番号        | 口 座 名 義 |  |
|                                                                                                                                                                                       |                                     |        |                      |             | (フリガナ)  |  |

|      |
|------|
| 支払金額 |
|      |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |      |      |         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|------|---------|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者である甲は、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<br>の医療機関等への直接支払制度は利用しません。<br>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。<br>※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金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。<br><br>年 月 日<br><br>甲(被保険者)の住所(*1) 〒<br><br>氏 名 _____<br><br>乙(代理人)の所在地 〒<br><br>名 称 _____ |     |      |      |         |
|                                      | 受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |      |      |         |
|                                      | 金融機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 店 名 | 預金種別 | 口座番号 | 口 座 名 義 |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |      |      | (フリガナ)  |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |      |      |         |

|      |
|------|
| 支払金額 |
|      |

(\*1) 育児書送付対象者の場合、送付先の住所として使用します。

【提出書類】 確証として添付してください

- ・ 母子健康手帳など「出産者氏名」および「出産予定日」が記載された書類(写)

|             |               |
|-------------|---------------|
| 出産費用請求報告書   | 病院宛送付日<br>. . |
| 受取代理申請受付通知書 |               |

|     |     |
|-----|-----|
| 受付日 | 支払日 |
|     |     |