

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.

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 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号	〇〇〇〇		
		番号	〇〇〇〇〇〇		
	被保険者 (請求者) の氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	生 年 月 日		
		健保 太郎	昭和 平成 令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日		
	被保険者 (請求者) の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇〇 □□□□□□□□□□□□□□□□			
	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	氏 名	生 年 月 日		
		健保 花子	昭和 平成 令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日		
	出産予定日 (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 名称および所在地	名称	◇◇◇◇◇病院		
		所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇〇 □□□□□□□□□□□□□□□□		
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 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 養者とした時期が産後より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 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	
振込希望口座	*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
	▽▽▽	▽▽▽	普通預金	〇〇〇〇〇〇〇	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎

支払金額

受 取 代 理 人 記 入 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 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。				
	△△年△△月△△日				
	甲(被保険者)の住所(*1) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇〇 □□□□□□□□□□□□□□□□				
	氏 名 健保 太郎				
	乙(代理人)の所在地 〒 〇〇〇-〇〇〇〇〇 □□□□□□□□□□□□□□□□				
	名 称 ◇◇◇◇◇病院				
	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
	◎◎◎	◎◎◎	◎◎	〇〇〇〇〇〇〇	(フリガナ) ◇◇◇◇◇ビョウイン ◇◇◇◇◇病院

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
受取代理申請受付通知書	. .

受付日	支払日
-----	-----