

支給決議	同年月日	取得年月日	常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額	喪失年月日	受取代理人支給額		被保険者支給額		
		分娩年月日	円		円		

事業所コード	事業所名	被保険者 家族 出産育児一時金申請書(受取代理用)	所属長	担当者
0	1 本社			

被 保 險 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	ケンコウ タロウ		生年月日	昭平	〇〇・〇〇・〇〇				
	16	01	123456	氏名	健康 太郎		Tel	00-0000-0000				
	現住所	〒000-0000 東京都〇〇区××1-2-3				取得年月日	平成	〇〇・〇〇・〇〇				
	適用事業所	山崎製パン株式会社				喪失年月日	令和					
	出産予定者 ※被保険者の場合 記入不要	フリガナ	ケンコウ ヤスコ	生年月日	昭和	平成	令和	続柄	2 2			
		氏名	健康 保子	〇〇・〇〇・〇〇	〇〇・〇〇・〇〇	〇〇・〇〇・〇〇	〇〇・〇〇・〇〇	妻				
	出産予定 医療機関等	名称	〇〇病院									
		所在地	東京都〇〇区△△町5-6-7									
	出産予定日等	令和	〇〇年	〇〇月	〇〇	単胎・多胎 (胎)						
	被保険者に対する 支払金融機関	〇〇〇〇銀行			〇〇〇〇支店	普・当・No	1	2	3	4	5	6
	名義人 (カタカナ)	ケンコウ タロウ										
出産予定者が、被保険者資格喪失後6ヶ月以内または被扶養者認定6ヶ月以内の出産の場合は以下に記載の上、下記添付書類②を添付して下さい。 被保険者の資格喪失後6ヶ月以内の出産による請求の場合、資格喪失後に加入している保険者名、記号・番号 (添付書類 ②-1) 被扶養者の認定後6ヶ月以内の出産による請求の場合、認定前に加入していた保険者名、記号・番号 (添付書類 ②-2)												

受 取 代 理 人 記 入 欄	被保険者「甲」(健康 太郎)は、医療機関等である「乙」(〇〇病院)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※ の受領に関すること。 ※出産育児一時金の支給額を上限とする。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 甲(被保険者)の 住所 東京都〇〇区××1-2-3 氏名 健康 太郎 乙(代理人)の 住所 東京都〇〇区△△町5-6-7 氏名 〇〇病院 Tel 00-0000-0000												
	受取代理人に対する 支払金融機関	××××銀行			××××支店	普・当・No	8	7	6	5	4	3	2
		名義人 (カタカナ)	マルマルビョウイン										

添付書類

- ① 出産予定日まで2ヶ月以内であることを証明する書類
(母子健康手帳等の写し等)
母子健康手帳の場合、「氏名が記載されているページの写し」と「出産予定日のわかるページの写し」を添付してください。
- ②-1 出産時加入の保険者の「出産育児一時金不支給証明書」
ただし、国民健康保険に加入の場合は保険証のコピー
- ②-2 認定前に加入していた保険者の「出産育児一時金不支給証明書」

支 払	決 議	受 付