

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

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

被 保 險 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	生年月日	昭・平					
	16		氏名							
	現住所	〒			取得年月日	平成 令和				
	適用事業所				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	氏名	生年月日	昭和 平成	認定 年月日	平成 令和	続 柄		
	出産予定 医療機関等	名称								
		所在地								
	出産予定日等	令和 年 月 日 単胎・多胎 ( 胎)								
	被保険者に対する 支払金融機関	銀行				支店	普/当	No.		
		名義人 (カタカナ)								
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)					保険者名					
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)					記号・番号					

受 取 代 理 人 記 入 欄	<p>被保険者「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。</p> <p>※出産育児一時金の支給額を上限とする。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲 (被保険者)の 住所 氏名</p> <p>乙 (代理人)の 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">Tel</p>									
	受取代理人に対する 支払金融機関	銀行				支店	普/当	No.		
		名義人 (カタカナ)								

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