

届出種別
給 7-1

健康保険 被保険者 家族 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)が記入するところ	被保険者等(資格確認書等又は保険証を参照)	記号	番号	
	申請者(被保険者)	氏名 (フリガナ)		
		住所 〒 (フリガナ)	電話 ()	
		生年月日	年	月
	出産予定日・数	年 月 日 (胎)		
	出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です	氏名 (フリガナ)		
		生年月日	年	月
	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	預金種別	口座番号	口座名義 (フリガナ)

申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。

※ 健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出生された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。

申請者本人の退職等により、健康保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出生することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号

保険者名			
記号		番号	

申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出生することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号

保険者名			
記号		番号	

申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (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。

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を上限とする。

令和 年 月 日

甲の住所

氏名

乙の所在地

名称

電話 ()

受取代理人に対する支払金融機関

預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	口座番号	口座名義 (フリガナ)	銀行	店・本店
	4:通知 5:貯蓄			金融	支店・出張所
				信組	

※被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へマイナンバーを記入してください。
※被保険者の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入(備考欄)は不要です。
※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認(運転免許証の写し等)」の書類を添付してください。

備考欄:

受付日付印

安田日本興亜健康保険組合