

健康保険
被保険者
家 族

出産育児一時金申請書(受取代理用)

太枠線内は、すべて記入してください。

被 保 險 者 の 記 入 欄	記号・番号	-		事業所名				
	被保険者氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日
	出産予定者の氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日
	出産予定日	令和 年 月 日 予定		被保険者との続柄				
	出産する予定の医療機関	名称						
		所在地	〒	電話		()		
被保険者の分娩が資格喪失後であるときは、現在加入の保険者名と記号・番号及び連絡先		保険者名	記号・番号	電話番号				
家族の分娩が被扶養者になつてから6ヶ月以内のときは、以前加入の保険者名と記号・番号及び連絡先		保険者名	記号・番号	電話番号				

受 取 代 理 人 の 記 入 欄	甲は、医療機関である乙を代理人と定め、甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して請求する出産に関する費用の額(上限50万円)の受領に係る権限を委任します。ただし、出産費用が出産一時金の額に満たない場合は、出産費用の額を限度額とします。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関への直接支払制度は利用しません。						
	令和 年 月 日 〒 甲(被保険者)の住所						
	氏名 _____ (印)						
	乙(代理人)の住所						
	氏名 _____ (印)						
	電話 ()						
受取代理人の 振込金融機関	銀行		支店	フリガナ			
	普通・当座	口座番号		口座名義			

(給付様式4-3号)電子申請用07.12