

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 険 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      (      )			
入 欄	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ってから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      ⑤					
	〒					
	乙（代理人）の 住 所					
氏 名      ⑤						
電 話      (      )						
入 欄	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		