|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請書の記入事例** | | | 支給並支払  決　定　伺 | 常務理事 | | | 事務長 | | 係　　員 | | | 起案 | | | | |
|  | | |  | |  |  | | 施行 | | | | |
| 出産日 | | |  | |
| 病院支払額：　　　　　　　円 | | | | 本人支払額：　　　　　　　　　　円 | | | | | | | |  | | | | |
| **被保険者・被扶養者　出産育児一時金請求書（受取代理用）** | | | | | | | | | | | | | | | 青枠内は、申請者が必要事項を必ず記入して下さい。  認印 | | | |
| ●●年●●月●●日　請求 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　の　記　入　欄 | | 記号 | 番号 | | | | 被保険者氏名 | | | | | | | 生年月日 | | | | |
| ○○○ | ○○○○○○ | | | | 健保　太郎  **認印** | | | | | | | 昭和・平成・令和  ●●年●●月●●日 | | | | |
| 連絡先 | 〒●●●－●●●●  住所　□□県□□市□□区1234-56 | | | | | | | | | | | 勤務先Tel：  自宅 Tel： | | | | |
| 出産者  氏名 | 健保　花子 | | | | | | 出産者の資格認定年月日 | | | | | 昭・平・令　●●年●月●●日 | | | | |
| 出産者の出生年月日 | | | | | 昭・平・令　●●年●月●●日 | | | | |
| 出産予定の医療機関名 | ○○○病院 | | | | | | 出産予定日 | | | 令和●●年●●月●●日 | | | | | | |
| ①被扶養者（家族）が資格取得後６ヶ月以内に出産する場合 | | | | | | | ②被保険者が資格喪失後に出産する場合 | | | | | | | | | |
| 以前加入の 健康保険名 |  | | | 健康保険組合  協会けんぽ 国民健康保険 | | | 現在加入の 健康保険名 | | |  | | | | | 健康保険組合  協会けんぽ 国民健康保険 | |
| ＴＥＬ |  | | | | | | ＴＥＬ | | |  | | | | | | |
| 退職年月日 |  | | | | | | ご主人の氏名 | | |  | | | | | | |
| 加入時の姓名 |  | | | | | |
| 保険証の 記号・番号 |  | | | | | | 保険証の 記号・番号 | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受取代理に関する欄 | 申請者（　健保　太郎　）(以下｢甲｣という。)は、医療機関等である（　○○○病院　）(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。  ※乙が受領する出産に関する費用が出産育児一時金の上限未満の場合、その差額の受領を事業主へ委任する。  ●●年●●月●●日  甲（被保険者）　住　所　　□□県□□市□□区1234-56  氏　名　　健保　太郎  乙（医療機関）　所在地〒　　　－  　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　(　　　　)  ※訂正の際は二重線で抹消の上、正しい内容を記入し訂正印または証明者の氏名（サイン）をお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取代理人に対する振込先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行  信用金庫 | | | | | 支店 | | | | | □　普通  □　当座 | 口座  番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関  コード |  |  |  |  | － |  |  |  | 口座名義 | カタカナで記入  この欄は医療機関に記入してもらって下さい。 | | | | | | | | |

**【添付書類】**＊母子手帳のコピー   
　　　　　　①表紙で母子氏名が記載されているページ  
　　　　　　②出産予定日が記載されているページ