健康保険　　出産育児一時金・付加金 支給申請書（受取代理用）

被保険者が記入する欄	①被保険者証の記号番号	―		②事業所名称	
	③申請者の氏名（被保険者）	（フリガナ）		④申請者の生年月日	昭和 平成　年　月　日
	⑤申請者の住所	〒 電話　（　　）			
	⑥出産予定日・数	令和　年　月　日			単胎 ・ 多胎（　　胎）
	⑦出産予定者氏名 申請者と同一の場合は不要です			⑧出産予定者の生年月日	昭和 平成　年　月　日
	⑨出産予定医療機関等	名称	（フリガナ）		
		所在地	〒		
	⑩申請者の振込金融機関	銀行名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店名	店・本店 支店・出張所
		預金種別	1.普通　2.当座 3.（　　）	口座番号	口座名義人（フリガナ）

該当する方のみ記入	※⑦が申請者の家族で、被扶養者認定後6か月以内に出産する場合、扶養認定される前に加入していた保険者名・記号番号等	保険者名 （健保協会、健康保険組合等）		被保険者証の記号番号	
		（勤務していた場合は、その事業所名称、所在地もご記入ください。）			
		事業所名称		事業所所在地	
	※⑦が申請者本人で、被保険者資格喪失後6か月以内に出産する場合、今現在加入している保険者名・記号番号	保険者名 （健保協会、健康保険組合等）		被保険者証の記号番号	

受取代理人の欄

甲（申請者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、乙（医療機関等）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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（付加給付額・・・被保険者3万円、家族1万円を含む）を上限とする。ただし、資格喪失後の出産の場合は付加給付無し。

令和　　年　　月　　日

甲（申請者）の　住所

氏名　　㊞　（上記③と同じ印を押印してください）

乙（医療機関等）の　所在地

名称　　㊞

電話　　（　　）

⑩受取代理人の振込金融機関	銀行名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		支店名	店・本店 支店・出張所
	預金種別	1.普通　2.当座 3.（　　）	口座番号	口座名義人	（フリガナ）

名古屋文具紙製品健康保険組合　（R4.2）