

年 月 日 提出

被保険者が記入するところ	被保険者 記号番号	記号	番号	被保険者 資格取得日	平成・令和	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日	
	社員番号								〒					
	被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ								被保険者 (申請者) 住所				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日									
	事業所名 及び部署													
	出産予定者が被扶養者 である場合、その者の 氏名					生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者 との続柄			
	出産予定年月日	平成 令和	年	月	日	出産予定数	単胎・多胎（ 児）							
	出産予定 医療機関等	(名称)					(所在地)	〒						
	出産予定医療機関の 産科医療補償制度加入の有無				有・無				電話（ ）					
	①被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、 現在の保険証の種類を記入してください。					保険者名 (国民健康保険又は、 健保組合名など)	電話（ ）							

②被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、以前  
加入していた保険証の種類を記入してください。

記号

番号

被保険者氏名  
(世帯主名)

被保険者である甲（ ）は、医療機関等である乙（ ）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※の受領に関する事。  
※出産育児一時金等の支給額（保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む）を上限とする。

年 月 日

甲（被保険者） 住所 〒  
氏名乙（医療機関等） 所在地 〒  
医療機関名  
代表者名  
電話

④

受取代理人 支払金融機関 銀行 支店 普通・当座 口座番号  
口座名義 (フリガナ)

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 年 月 日 被保険者 (申請者)
-----	--

受付目付印

支払金融機関	※退職後の申請の場合は、ご記入ください。			
	銀行	本店	普通・当座	
	信用金庫	支店		
支店番号	口座番号	フリガナ		
	名義人			

## ○ 提出書類 ○ ～ 下記2点を揃えて提出のこと

- 被保険者・被扶養者出産育児一時金支給請求書（事前申請用）： 本紙
- 母子健康手帳（氏名及び出産予定日が記載されているページ）又はその他出産予定日を証明する書類： 写し

## ○ 留意事項 ○

- 出産費用の実費が出産育児一時金・付加金の額より少ない場合、その差額は事業主を経由し、被保険者本人に支払われます。  
なお、退職後の場合は被保険者本人に支払われますので、支払金融機関をご記入ください。
- 申請後に受取代理人として指定した医療機関等以外で出産することとなった場合には、速やかにその旨を書面にて健康保険組合迄ご連絡ください。
- 当申請は、出産予定日の2カ月以内に行ってください。