

2019年 5月 20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 1	番号 1234	被保険者 資格取得日	平成 令和 25年 4月 1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	123456			〒 151-0051			
	被保険者 (申請者) 氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎			被保険者 (申請者) 住 所	東京都渋谷区千駄ヶ谷1-1-1		
	生年月日	昭和 平成	47年 10月 12日		電話	03 (1234) 5678		
	事業所名 及び部署	デル株式会社 ○○○○						
	出産予定者が被扶養者 である場合、その者の 氏名	健保 花子		生年月日	昭和 平成	48年 3月 20日		被保険者 との続柄
出産予定年月日	平成 令和	1年 5月 10日		出産予定数	単胎・多胎(児)			
出産予定 医療機関等	(名称)	○○○医院		(所在地) 〒	151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷3-3-3			
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		03 (1234) 1234		
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	電話			
				被保険者氏名 (世帯主名)	電話			
				該当者のみ 記 入 欄				

受取代理人(医療機関)記入欄	被保険者である甲(健保 太郎)は、医療機関等である乙(○○○医院)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(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。						
	2019年5月20日						
	甲(被保険者)	住 所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-1-1				
		氏 名	健保 太郎				
乙(医療機関等)	所 在 地	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷3-3-3					
	医療機関名	○○○医院					
	代表者名	◎ 健保 太郎					
	電 話	03 (1234) 1234					
受取代理人 支払金融機関	三菱東京UFJ	銀行	代々木	支店	普通 当座	口座番号	7654321
	口座名義	(フリガナ)	マルマルマイルイン ○○○医院				

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。	2019年 5月 20日
	被保険者 (申請者)	健保 太郎

受付日付印

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。