

## 健康保険 出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

被保険者（申請者）・代理人記入用

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）			<input type="checkbox"/> 昭和		
				<input type="checkbox"/> 平成		
	氏名・印	(フリガナ)		印		
住所	(〒 - )	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

申請者の指定口座※	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
		口座番号	左づめでご記入ください。
		口座名義 の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

※分娩費用が42万円（産科医療保障制度未加入は40万4千円）を超過した場合は申請者への支給はありません。

受取代理人の欄および代理人の指定口座	申請者 ( ) (以下「甲」) は、医療機関等である ( ) (以下「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。					
	平成	年	月	日		
	・申請者の住所	氏名・印		印		
	・代理人の住所	名称・印		印 TEL ( )		
金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所				
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	左づめでご記入ください。			
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)					

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

受付日付印

## 健康保険 出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

申請者記入用

申請内容	1 出産予定者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者    2. 家族（被扶養者）		
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	2 出産予定日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	3 出産予定数	<input type="text"/> 人		
	5 出産する医療機関等	名称	所在地	
	6 出産する方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	<input type="checkbox"/>	1. はい    2. いいえ
6 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名			
		記号・番号		

この申請に係る健保組合からの問い合わせ及び支給決定通知書の送付を事業所の担当者を通じて行うことに同意される場合は、右欄に署名・捺印をお願いします。

7 同意欄

被保険者(申請者)氏名

印

# 出産育児一時金支給申請書(受取代理用)の注意事項

## 1. この申請書の添付書類について

①添付書類はありませんので、受取代理制度を利用できる分娩機関より証明を受けた後、ご提出ください。

## 2. マイナンバーによる申請について

平成29年1月以降、マイナンバーによる申請が可能となりましたので、被保険証に代わりマイナンバーで申請する場合は、備考欄にマイナンバーを記載してください。

マイナンバーで申請する場合は、番号確認のための個人番号カードの写等、本人確認のための免許証やパスポート等の写の添付が必要となりますので、ご注意ください。

## 3. 申請者の指定口座について

受取代理制度とは、出産育児一時金の給付額である42万円(産科医療保障制度未加入の医療機関においては40万4千円)を医療機関へ委任払いする制度です。

よって出産費用が上記金額に満たない場合のみ、申請者の指定口座へ差額を支給致しますので、お間違いのないよう記入してください。

## 4. 受取代理人の欄および代理人の指定口座

出産された医療機関への委任払いになるため、申請者の署名および捺印が必要となりますので、もれがないようご注意ください。

## 5. 申請内容の項目6「出産する方」の欄について

①被保険者の方であって退職後6ヶ月以内の出産予定の場合は、現在加入している保険者の名称等を記入してください。

②扶養家族の方であって当組合に加入してから6ヶ月に満たない出産予定日の場合は、以前に加入していた保険者の名称等を記入してください。

## 6. 「同意欄」は事業所担当者へ手続きを委任されない場合は記入不要ですが、会社経由で提出する場合には必ず署名・捺印をお願い致します。

同意ない場合は、組合からの問合せおよび支給決定通知書の送付は、「被保険者(申請者)情報」に記載された電話番号とご住所へ連絡・送付致します。

## 7. この申請書の記入方法等について不明な点等ありましたら、

倉庫業健康保険組合 業務二課 TEL03-3642-8436 までお問合せ願います。