

# 健康保険 出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)

1

2

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)	1 2 3	4 5 6	<input type="checkbox"/> 昭和	0 5 0	1 0 1
	氏名・印	(フリガナ) ソウコ タロウ	倉庫 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 平成	自署の場合は押印を省略できます。	
住所	(〒 100 - 1234 )	東京	都 道 府 県	江東区富岡1-1-1		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 ( 1212 ) 1212 090 ( 1234 ) 5678					

申請者の指定口座※	金融機関 名称	ゆうちょ	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )	110	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	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。)			口座名義 の区分
ソウコ タロウ					

※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(倉庫 太郎)(以下「甲」)は、医療機関等である(江東病院)(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 29 年 1 月 10 日					
	・申請者の住所		江東区富岡1-1-1		倉庫 太郎	
・代理人の住所		名称・印		印 TEL ( )		
金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 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。>>>

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）

1

2

申請者記入用

申請内容	1 出産予定者	2	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	倉庫 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0 5	年	1 1	月	3 0	日
	2 出産予定日	平成	2 9	年	0 2	月	1 0	日			
	3 出産予定数	1	人								
	5 出産する医療機関等	名称	江東病院	所在地	江東区富岡2-2-2						
	6 出産する方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	1	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	協会けんぽ東京支部	記号・番号	13121212-1234							

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

倉庫 太郎

倉庫