受取代理制度を利用される方の申請書

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

被保険者の記入欄	記号・番号	―	事業所名	
	被保険者	氏名	生年月日	連絡先電話番号
			年　月　日	(　　)
		住所		
		〒　　―		
	出産する方 (被保険者が出産する場合は記入不要)	氏名	生年月日	被保険者との続柄
			年　月　日	
		扶養認定後６ヵ月以内の出産の場合は、それまで加入していた健康保険と加入期間		
		健康保険組合 ・ 全国健康保険協会 国民健康保険 ・ 共　済　組　合	加入期間　約　　年　　ヵ月	
	出生予定年月日	年　月　日	出産児の予定数	単胎 ・ 多胎（　　児）
	出産予定 医療機関等	名　称	(フリガナ)	
		所在地	〒　　―	
	被保険者に対する支払金融機関	**【在籍中の方】** 会社へ委任してください	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名	
		【退職後の方】 振込先を記入してください (任継者は記入不要。登録口座へ振込)	銀行・信金 信組・農協	本店 支店 / 普通・その他（　　）
		口座番号	(フリガナ) 口座名義	(　　)

注）この申請は当該出産予定日まで２ヶ月以内の方に限られます。

受取代理人の欄

被保険者（　　）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（　　）（以下「乙」という。）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のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額（上限 50 万円。但し、産科医療補償制度対象出産でない場合は 48 万 8 千円）の受領に関すること。

年　　月　　日

甲の住所　〒　　―

氏名

乙の所在地　〒　　―

名称　　電話　　（　　）

受取代理人に対する支払金融機関	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通・その他（　　）	
	口座番号	(フリガナ) 口座名義	(　　)	

※年月日は元号でご記入ください。

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	

【添付書類】

●母子健康手帳の氏名と出産予定日がわかるページの写しを添付してください。

【留意事項】

●審査に必要な書類を随時依頼する場合があります。

R7.4 三井健康保険組合