記入例

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	9999 － 108	事業所名	○○株式会社
	被保険者	氏名：○木　○人	生年月日：平成 7 年 10 月 16 日	連絡先電話番号：03（3000）0000
		住所：〒○○○－○○○○ 東京都港区△町○－○－○		
	出産する方（被保険者が出産する場合は記入不要）	氏名：○木　○子	生年月日：平成 10 年 7 月 12 日	被保険者との続柄：妻
		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 2 年 6 ヵ月	
	出生予定年月日	令和 7 年 3 月 5 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）サンカクサンフジンカビョウイン △産婦人科病院	
		所在地	〒○○○－○○○○ 東京都大田区○町○－○－○	
	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　○木　○人		
	【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（○木　○人）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（△産婦人科病院）（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。

令和 7 年 1 月 5 日

甲の住所　〒○○○－○○○○ 東京都港区△町○－○－○

氏名　○木　○人

乙の所在地　〒○○○－○○○○ 東京都大田区○町○－○－○

名称　△産婦人科病院　　電話 03（0000）0000

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	0123456	（フリガナ）口座名義	（サンカクサンフジンカビョウイン）△産婦人科病院

※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