

				決議 No.		常務理事		事務長		係						
受付	年 月 日			決裁	平成 年 月 日			支払	平成 年 月 日							
支給額	医療機関	円		被扶養者 照合者印	資格	得	昭和	年	月	日	任継 資格	得	平成	年	月	日
	被保険者					喪	平成	年	月	日		喪	平成	年	月	日

健康保険 被保険者 出産育児一時金等支給請求書 (受取代理用)
家 族

※この請求書は、受取代理制度を導入する旨を厚生労働省に届け出た医療機関等で出産予定である場合に、出産前に健保組合に提出いただく請求書です。

被保険者が記入するところ(委任者)	被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者の勤務する 事業所の名称		
	被保険者の 氏名・印	番号	(フリガナ) ※氏名を自書された場合、捺印は不要です	生年月日	
	被保険者の 住所	〒 TEL			
	出産予定日・数	平成 年 月 日 単・多(胎)			
	家族が分娩予定の 場合はその者の	氏名	続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	出産予定医療 機関等の	(フリガナ) 名称	所在地	TEL	
	被保険者または被扶養者が出産予定日から6ヶ月以内に健康保険の資格を喪失している場合				
	他の健保組合(国保含む)にこの出産育児一時金の請求を 1.する 2.しない 3.した				
	被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産予定により申請する場合、資格喪失後に加入している健康保険	健保組合 の名称		記号	番号
	扶養家族が扶養認定後6ヶ月以内の出産予定により申請する場合、その者が扶養認定前に加入していた健康保険	健保組合 の名称		記号	番号
分娩機関は産科医療補償制度に加入して		1. いる 2. いない			
下記医療機関等を代理人と定め次の権限を委任します。 出産育児一時金等のうち、下記医療機関が委任者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を上限とする。 平成 年 月 日 委任者名 (被保険者) 印					
受取代理人の証明欄	上記出産者(平成 年 月 日出産予定)の出産育児一時金の受領に関し委任を受けました。 また、上記出産者は出産育児一時金等の医療機関への直接支払制度は利用しません。				
	医療機関 (代理人)	所在地 名称	TEL		
	受取代理人に対する支払金融機関				
	金融機関名	店名	預金種別	口座番号	口座名義人
銀行 信金	本店 支店	普通 当座	(フリガナ)		

※医療機関等からの請求額が出産育児一時金の金額を下回る場合は、請求額を医療機関等に支払い、請求額との差額を被保険者の口座に振り込みます。

※この申請書を提出した後に医療機関等を変更した場合および申請を取り下げる場合は、健保組合にご連絡ください。