

(様式1)

(あて先) \_\_\_\_\_

## 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                |                                |                 |        |        |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------|--------|--------|-----|-----|
| 申請者(被保険者、世帯主又は組合員)が記入するところ                                                                                                                                                                  | 被保険者証                                                                                                                                                                                                                                                                 |        | 記号                             |                                | 番号              |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             | 申請者(被保険者、世帯主又は組合員)<br>※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。                                                                                                                                                                                               |        | 氏名                             |                                | (フリガナ)          |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | 住所                             |                                | 〒 (フリガナ) 電話 ( ) |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | 生年月日                           |                                | 年 月 日           |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             | 出産予定日・数                                                                                                                                                                                                                                                               |        | 年 月 日 単・多(胎)                   |                                |                 |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             | 出産予定者<br>※申請者と同一の場合は不要です                                                                                                                                                                                                                                              |        | 氏名                             |                                | (フリガナ)          |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | 生年月日                           |                                | 年 月 日           |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             | 出産予定医療機関等                                                                                                                                                                                                                                                             |        | 氏名                             |                                | (フリガナ)          |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | 住所                             |                                | 〒 (フリガナ)        |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             | 申請者に対する支払金融機関                                                                                                                                                                                                                                                         |        | 銀行 金融 信組 店・本店 支店・出張所           |                                |                 |        |        |     |     |
| 預金種別                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | 1:普通 4:通知<br>2:当座 5:貯蓄<br>3:別段 | 口座番号                           | 口座名義            | (フリガナ) |        |     |     |
| 申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。<br>※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                |                                |                 |        |        |     |     |
| 申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                |                                | 保険者名            |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                |                                | 記号              |        |        | 番号  |     |
| 申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                |                                | 保険者名            |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                |                                | 記号              |        |        | 番号  |     |
| 受取代理人の欄                                                                                                                                                                                     | 申請者( ) (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、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。<br>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。<br>※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。<br>令和 年 月 日<br>甲の住所<br>氏名<br>乙の所在地<br>名称 電話 ( ) |        |                                |                                |                 |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             | 受取代理人に対する支払金融機関                                                                                                                                                                                                                                                       |        | 銀行 金融 信組 店・本店 支店・出張所           |                                |                 |        |        |     |     |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | 預金種別                           | 1:普通 4:通知<br>2:当座 5:貯蓄<br>3:別段 | 口座番号            | 口座名義   | (フリガナ) |     |     |
| (備考欄)                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 実際の分娩日 |                                | 年 月 日                          |                 | 担 当    | 課 長    | 事務長 | 常 務 |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 支 払 額  |                                | 代 理 人 円<br>被保険者 円              |                 |        |        |     |     |