

健康保険組合使用欄	資格取得日	平成	年	月	日	決裁	平成	年	月	日
	資格喪失日	平成	年	月	日		常務理事	事務長	担当	
	支給額					円	申請			
	振込内容	受取代理人						円		
		被保険者					円	支払		
支払年月日	平成	年	月	日						

健康保険（被保険者・家族）出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

被保険者に関する欄	被保険者証の記号・番号				被保険者の生年月日				
	記号		番号		昭和・平成	年	月	日	
	被保険者の氏名	印			事業所名				
					所属部署名				
	被保険者の住所	〒				出産予定日・数			
						平成	年	月	日
						単	・	多	(胎)
被扶養者が出産するための請求である場合は、その者の	氏名		生年月日			続柄			
			昭和・平成			年	月	日	
出産予定の医療機関等の	名称	(フリガナ)							
	所在地	〒							

受取代理人に関する欄	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等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 年 月 日							
	甲（被保険者）の氏名				印			
	乙（代理人）の名称				印			
	受取代理人に対する支払金融機関							
	金融機関名		支店名		預金種別		口座番号	
					普通・当座			
	口座名義	(フリガナ)						
受取代理人に対する健康保険組合からの問い合わせ先								
部署名		担当者氏名		電話番号		FAX 番号		

《添付書類》「出産予定日まで2ヵ月以内になってからの申請」と定められているため、「母子健康手帳（表紙と出産予定日の記載頁）のコピー」又は「出産予定日を証明する医療機関等の証明書」など出産予定日が確認できる書類を添付して申請してください。