

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)が記入するところ	被保険者証	記号	1 0	番号							ハイフン(-)または(枝番)の後にある 2桁は記入しないでください	
	申請者(被保険者)	氏名	(フリガナ)	ゼンノウ タロウ 全農 太郎							印	
		住所	(フリガナ)	東京都千代田区大手町〇-〇							電話 ()	
	出生年月日	〇〇〇〇年	〇〇月	〇〇日	〇単・多(1 胎)							
出産予定者	氏名	(フリガナ)	ゼンノウ ハナコ 全農 花子									
	生年月日	〇〇〇〇年	〇〇月	〇〇日								
出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)	洪沢レディースクリニック									
	所在地	(フリガナ)	埼玉県深谷市〇-〇									
申請者が資格喪失(退職)している場合	銀行 農協 金融機関コード										店番号	口座種別
支払金融機関	口座番号(右詰め)										口座名義	普通・当座 ()

退職後に申請または
退職後に給付を受ける場合以外は、

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(退職)している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。

※ 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か月以内に出生された場合、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か月以内に出生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か月以内に出生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	

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。

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*の受領に関する事。
※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金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。

受取代理人の欄①	申請者「甲」	氏名	申請者が医療機関へ委任する欄です。年 月 日 記入・押印ください。							印	住所	被保険者(申請者)情報と同じ	
	医療機関等「乙」	所在地								印		電話	()
		名称	出産する医療機関等に 記入・押印を依頼ください。										
金融機関	銀行 農協 金融機関コード									本・支店 出張所	店番号	口座種別	
	口座番号(右詰め)									口座名義 (フリガナ)		普通・当座・()	

在籍者は事業主を代理人、代理人は「雇用関係」のある事業主とし、申請者に対する給付金は事業主経由で支給します。

受取代理人の欄②	被保険者(申請者)	本申請に基づく申請者へ支給する給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	申請者が事業主へ委任する欄です。 給付金の差額が発生した場合に必要です。 記入・押印ください。							年 月 日	受付日付印
	代理人	事業所所在地	事業主へ 記入・押印を依頼ください。							委任者と代理人との関係	
	事業所名称								雇用主		
	事業主氏名								印		
	電話								()		