

(あて先) 全農健康保険組合

## 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	番号					ハイフン(ー)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)							
		住所	〒	(フリガナ)						
		生年月日	年 月 日							
	出産予定日・数		年 月 日 単・多( 胎)							
	出産予定者 ※申請者と同一の場合は 記入不要です	氏名	(フリガナ)							
		生年月日	年 月 日							
		出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ)						
	所在地		〒	(フリガナ)						
	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	金庫	信組	本・支店	店番号	口座種別	
支払金融機関	口座番号(右詰め)			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(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										
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										
受取代理人 の欄①	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※の受領に関すること。									
	※ 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。									
	申請者 「甲」	氏名	年 月 日							
			印 住所 被保険者(申請者)情報と同じ							
	医療 機 関 等 「 乙 」 金融 機 関	所在地								
		名称	印							
		電話 ( )								
		銀行	農協	金融機関コード	金庫	信組	本・支店	店番号	口座種別	
		口座番号(右詰め)			口座名義			(フリガナ)		

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。							受付日付印
	代理人	年 月 日 印 住所 被保険者(申請者)情報と同じ							
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ( )							委任者と代理人 との関係	
								雇用主	
								(2021.6)	