

受 付 番 号						第 号								
被 保 険 者 ・ 家 族	一 出 産 時 金	法 定	金	万	円	医 療 機 関	金	円	取 得	・				
			本 人	金	円	本 人	金	円	喪 失	・				
	金 児	付 加	金	万	円	医 療 機 関	金	円	支 払 先 別	本 人	法 定	円	付 加	円
				本 人	金	円	本 人	医 療 機 関	金	円				

出産育児一時金・付加金 支給申請書(受取代理用)
 家族出産育児一時金・付加金

※申請した医療機関以外で出産することになった、または申請後出産日までに退職したときは、(健保組合へご連絡をお願いします。)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号	記号	番号	被保険者 (申請者) 氏名・印	印			
	被保険者 (申請者) 住所	〒						
	事業所名称				出産予定日・数	平成	年 月 日	単・多(胎)児
	出産予定 医療機関	名称						
		所在地	〒					
	①被保険者が 出産する場合	当健保組合資格喪失後6ヶ月以内の出産で請求する場合、現在加入している健康保険について						
		健保・協会けんぽ等の名称	被保険者氏名		保険証記号・番号			
		健康保険組合 協会けんぽ・国保			記号	番号		
	②家族(被扶養 者)が出産する 場合	氏名	生年月日	昭和	年 月 日			
		当健保組合加入から6ヶ月以内に出産する場合、以前加入していた健康保険について						
	健保・協会けんぽ等の名称	加入時の氏名		保険証記号・番号				
	健康保険組合 協会けんぽ・国保			記号	番号			

請求金額の受領を下記の者に委任します。

委任されたものの 事業所所在地 事業所名称 代表者氏名及び印	被保険者氏名 印	印
---	-------------------------	---

受 取 代 理 人 の 欄	甲()は、医療機関等である乙()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。 ※1児につき 上限金額 45万円 (出産育児一時金+付加給付金) ・出産育児一時金 42万円 ただし、産科医療補償制度に未加入の医療機関等においては40.4万円。 ・付加給付金 3万円 ただし、資格喪失後の出産の場合はなし						
	平成 年 月 日						
	甲(被保険者) 住所 〒			乙(代理人) 所在地 〒			
	氏名			印	名称		印
				電話番号 - -			
受取代理人に対する支払金融機関の欄							
銀行名		本・支店名	区分	口座番号	口座名義		
銀行			普通		フリガナ		
			当座				

(備考欄)