

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児付加金(受取代理) 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号		氏名	
	記号	番号	フリガナ	フリガナ
	—	—	(氏)	(名)
	住所			生年月日
	〒	—		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
事業所	名称		所在地	
	〒		—	
	所属		(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など	
		—		

申請内容	出産予定日・数	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)	
	被扶養者が出産するための請求である時	氏名	被保険者との続柄	生年月日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	出産予定の医療機関等	名称	所在地	
		〒	—	
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。(※健康保険法第106条の規定により、1年以上健康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。)				
① 申請者本人の退職等により、健康保険の資格喪失後6か月以内に出生する場合				
	資格喪失後に加入している保険者名称	記号	番号	
② 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場合 → 別紙をご記入ください。				
医療機関からの請求額が出産育児一時金等の上限額未満の場合、総合警備保障健康保険組合から受ける給付金との差額の受領を下記の者に委任します。				
令和 年 月 日				
被委任者 住所 氏名				
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。				

受取代理人欄	甲( )は、医療機関である乙( )を代理人と定め、次の権限を委任する。 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・出産育児付加金のうち、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。				
	令和 年 月 日				
	甲(被保険者)の住所 氏名		乙(代理人)の住所 氏名		
	受取代理人に対する支払金融機関欄				
金融機関名称	1.銀行 2.金庫 3.信組 4.その他( )		1.本店 2.支店 3.出張所 4.その他( )		
預金種別	1.普通 2.当座 3.別段 4.その他( )	口座番号 (右詰め)		口座名義 カカナ	

受付印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)	
備考欄	