

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	被保険者証の記号・番号	氏名・印	
	300 - 123456	フリガナ ケンボ 健保 (氏)	フリガナ ヒデオ 秀夫 (名) 印
	住所	生年月日	
	〒150 - 0002 東京都渋谷区渋谷〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室	昭・平 2年9月23日	
	事業所	名称 総合警備保障株式会社	所在地 〒107 - 8511 東京都港区元赤坂1-6-6
	所属 ○〇〇支社 □□□営業所	事業所の名称、所在地は本社、所属には実際に配置されている支社、部署をお書きください △△△-××××	

申請内容	出産予定日・数	令和 1 年 6 月 21 日	1. 単胎 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 多胎 () 児)
	被扶養者が出産するための請求である時	氏名 健保 幸子	被保険者との続柄 妻 生年月日 昭・平 3年5月18日
	出産予定の医療機関等	名称 ○〇産婦人科医院	所在地 〒150 - 0002 東京都新宿区新宿〇-〇-〇
	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	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達の場合、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。			
被委任者 住所	東京都港区元赤坂1-6-6	被委任者は本社の総合事務部長です 本社の総合事務部へ提出してください	
氏名	総合警備保障株式会社 総合事務部長		

受取代理人欄	甲(健保 秀夫)は、医療機関である乙(○〇産婦人科医院)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(一児につき上限43万円※)の受領に関する事。		
	令和 1 年 5 月 1 日 ※43万円・・・法定給付42万円、付加給付1万円		
	甲(被保険者)の住所	東京都渋谷区渋谷〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室	
	氏名	健保 秀夫	印
	乙(代理人)の住所	東京都新宿区新宿〇-〇-〇	
氏名	○〇産婦人科医院 院長 ○〇 ○〇	印	
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) 9	
	口座名義	カタカナ マルマルサンプジーンカイイン インチヨウ マルマル	

被保険者証の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。)	受付印
備考欄	