

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

平成 年 月 日 提出

申請者(被保険者)が記入するところ	被保険者証	記号 * * 番号 * * * * * 事業所名称	サッポロビール(株)
	被保険者	氏名	(フリガナ) ビール タロウ 麦酒 太郎 (麦) 印
		住所	〒 335-0003 (フリガナ) サイタマケンウラビシ***マチ** 埼玉県蕨市***町**-* * 電話 *** (****)****
		生年月日	**年 **月 **日
出産予定日・数	**年 **月 **日	単・多(胎)	
被扶養者が 出産する場合	氏名	(フリガナ) ビール ハナコ 麦酒 花子	
	生年月日	**年 **月 **日	
出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ) ***サンカフジンカイイン ***産科婦人科医院	
	所在地	〒 216-0005 (フリガナ) カナガワケンカワサキシマエク**-* * 神奈川県川崎市宮前区**-* *	

【委任状欄】

私は、医療機関での出産費用が出産育児一時金に満たない場合はその差額に関する受領を事業主に委任します。

被保険者氏名 麦酒 太郎 (麦) 印

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、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。

退職等により、健康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健康保険名称と記号・番号	名称等	+++++健康保険組合 電話 ***(****)****		
	記号	+++	番号	++++++
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	名称等	健康保険組合 電話 ()		
	記号		番号	

申請者(健保太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(***産科婦人科医院)(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(一児につき42万円を上限。但し産科医療保障制度対象外の場合には39万円)を上限とする。

平成 **年 **月 **日

甲の住所 埼玉県蕨市***町**-* *

氏名 麦酒 太郎 (麦) 印

乙の所在地 神奈川県川崎市宮前区**-* *

名称 ***産科婦人科医院 (* *) 印

電話 *** (****)****

受取代理人に対する支払金 融機関	預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	*****	口座名義	(フリガナ) ***サンカフジンカイイン ***産科婦人科医院	店・本店 支店・出張所

健保記入欄	資格確認	資格取得日又は 扶養認定日	昭 平 年 月	資格喪失日	平 年 月
	(備考欄)				

注意事項:①受取代理の申請は、出産予定日の2ヶ月前から出産日まで受け付けます。

②出産予定日を証明する書類(母子手帳のコピー等・氏名と出産予定日がわかるもの)を添付してください。

③受取代理人の欄乙の部分には医療機関等が、甲の部分には被保険者が直接署名捺印してください。

④受取代理人である医療機関等以外で出産することとなった場合、新たに届出が必要となります。直ちに健康保険組合にご連絡下さい。