

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (受取代理申請用)

令和 1年 5月 10日 提出

被保険者証の記号番号	記号	1	番号	121212		
被保険者氏名と印	フリガナ	ケンボ タロウ	被保険者住所	〒000-0000 神奈川県横浜市〇〇区〇-〇-〇		
生年月日	昭和 平成	3年 4月 5日	電話番号	045 (000) 0000		
出産予定者が被扶養者である場合、その者の氏名	健保 花	生年月日	昭和 平成	5年 7月 7日	被保険者との続柄	妻
出産予定年月日	令和 元年 6月 30日	出産予定数	単胎・多胎 (児)			
出産予定医療機関等	(名称) 〇〇〇〇病院	(所在地) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇県〇〇〇市〇〇〇区〇-〇-〇	電話番号	045 (000) 0000	
■被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、資格喪失後に加入の健康保険について記入してください。		保険者名 (国民健康保険やその他健康保険組合)		電話番号 ()		
■被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、被扶養者認定前に加入していた健康保険について記入してください。		記号		番号		
被支保険金者融に機対関する	金融機関コード	〇〇〇〇	支店コード	〇〇〇		
	〇〇〇	銀行 信金・信組	〇〇〇	本店 支店		
普通預金	口座番号 (7桁)	1234567	名義人 (被保険者)	フリガナ	ケンボ タロウ	健保 太郎

被保険者である甲 (健保 太郎) は、医療機関等である乙 (〇〇〇〇病院) 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。
(※出産育児一時金の支給額を上限とする。)

令和 元年 5月 10日

甲 (被保険者) 住 所 〒000-0000
神奈川県横浜市〇〇区〇-〇-〇
氏 名 健保 太郎
電話 番号 045-000-0000

乙 (医療機関等) 所 在 地 〒
医療機関名 ①
代表者名
電話 番号

**出産予定の医療機関等でこちらの欄の記入を受け、
出産予定日まで2ヶ月以内に健保組合へご提出ください。**

受取代理人 支払金融機関	銀行 信金・信組	本店 支店	普通・当座	口座番号 (7桁)
口座名義	(フリガナ)			

受付目付印

留意事項

1. 出産費用の実費が出産育児一時金の額より少ない場合、その差額を被保険者にお支払いいたします。
2. 申請後に受取代理人として指定した医療機関等以外で出産することとなった場合には、速やかにその旨を書面にて健康保険組合迄ご連絡ください。
3. 出産育児一時金の受取代理を申請できるのは、出産予定日まで2ヶ月以内の被保険者または被扶養者が「受取代理制度」を利用できる医療機関等 (厚生労働省へ届出を行った一部の医療機関等) で出産される場合にに限られます。
4. 被扶養者の出産で、出産日に扶養削除されている場合は当組合の受取代理制度は利用できません。