

被保険者
家 族

出産育児一時金請求書

受取代理払

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	—		被保険者氏名				
	被保険者住所	〒				所属		
	被扶養者が 出産予定の場合	被扶養者 氏 名			被扶養者の 生年月日	昭 平	年 月 日	
	出産予定年月日	令和	年	月	日	出産児の予定数	単胎 ・ 多胎 (児)	
	出産予定 医療機関	病院又は産院の 名 称						
		所 在 地	〒					
	当健保資格喪失後 (退職後6ヶ月以内) に請求の場合	※該当者 のみ記入	当健保加入期間	資格取得日 (入社日)		資格喪失日 (退職日翌日)		
			現在の健康保険証 記号・番号			被保険者 ・ 被扶養者		
			現在加入の 健康保険	名称		TEL		
	【家族の出産】 被扶養者認定後6ヶ月以内 の場合、認定前に加入して いた保険者	※該当者 のみ記入	健康保険証記号番号			被保険者 ・ 被扶養者		
		保険者名			TEL			
		加入期間	資格取得日 (入社日)		資格喪失日 (退職日翌日)			
被保険者 支払金融機関の欄 ※東京スター銀行 「オレンジ支店」は 使用できません	口座番号	普通	銀行 金庫 信組		本店 支店 出張所			
			口座名義 (カタカナ)					
※ 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、備考欄へ記載して下さい。 (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書類が必要です)								
備 考								

受 取 代 理 人 の 欄	甲 (申請者:) は、医療機関である乙 () 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。 甲が申請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 (上限42万円※産科医療補償制度対象 の出産でない場合は40.4万円) の受領に関すること。						
	年 月 日						
	甲の住所 〒						
	氏名						
乙の住所 〒							
医療機関名							
TEL							
受取代理人の支払 金融機関の欄	口座番号	普通	銀行 金庫 信組		本店 支店 出張所		
			口座名義 (カタカナ)				

支 給 額	甲へ支払	円
	乙へ支払	円
	合 計	
決 済 日	年 月 日	

承 認 書	常務理事	事務長	担当者

資 格	取 得	年 月 日	備 考 欄
	喪 失	年 月 日	