

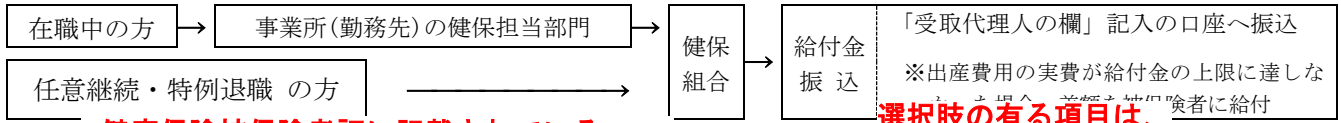
事業所担当者 確認印

←任継・特退
の加入者は
押印不要

金額		
円		
内訳	代理人	円
	被保険者	円

支給決定伺		
令和	年	月 日
GL	担当者	担当者

《申請書の流れ》



健康保険被保険者証に記載されている「記号」と「番号」をご記入ください

選択肢の有る項目は、該当を○で囲んでください

家族 出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

※申請書は出産予定日の2ヶ月前から出産日まで受付します。
※市区町村から妊産婦の医療費助成(一部負担金の助成)を
※先に医療機関から申請書(受取代理用)が発行された場合、被

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証		提出日	2023年3月1日	
	記号	76	番号	54321	
	被保険者の住所・電話番号		〒331-1234 電話: 048(66*)211* 埼玉県さいたま市 東区本町4-32-1		
	出産する方	氏名: 健保 康美 (1986年8月7日生)	出産予定日 及び 胎児数	2023年4月1日 ○単胎・多胎(児)	
	被扶養者認定後 6ヶ月以内に出産 の場合、認定前に 加入していた健保 *他健保への二重請求 はできません。	前健保加入期間	(入社年月日) (退職年月日) 年 月 日 ~ 年 月 日		
		加入状況	1. 被保険者(本人)として加入 2. 被扶養者(家族)として加入		
		当時の健康保険証	記号	改姓した場合、当時の氏名	
	番号				
	出産予定の医療機関等	名称	東足柄ウィメンズクリニック		
		所在地	〒250-1234 電話 0465(73)6920 神奈川県東足柄市富士見町1-23		
被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 (番号カード等の写し等)も添付してください。 場合は「簡易書留」で送付してください。				備考欄	

受取代理人の欄の、「申請者」「医療機関」「甲(被保険者) 住所、氏名」「年月日」は、ご本人が記入してください

基づく給付金(差額)の受領を事業主へ委任いたします。

委任状	※委任状: 特退・任継は記入不要	被保険者 氏名	健保 太一郎
-----	------------------	---------	--------

入欄・委任状欄のみ記入し、2枚一緒に提出してください。

受 取 代 理 人 の 欄	申請者(健保 太一郎) (以下「甲」)は、医療機関等である(東足柄ウィメンズクリニック) (以下「乙」)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は直接支払い制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金のうち、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。 (一児につき50万円を上限。但し、産科医療補償制度加入印が無い場合は48.8万円を上限とする) 2023年3月1日			
	甲(被保険者)	住所	埼玉県さいたま市東区本町4-32-1	
	氏名	健保 太一郎		
	乙(代理人)	住所	氏	
	受取代理人 この欄は、医療機関へ記入を依頼してください。(場合は記入してください)			
金融機関コード	*	(受取代理人=出産予定の医療機関 です)		
金融機関名		本店支店出張所	口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()
口座番号		※出産費用の請求額が「出産育児一時金」支給額未満の場合、差額は被保険者に支給します。		

※出産費用請求報告書(添付書類)は、毎月15日締め日の翌月25日(休日の場合は前日)払いとなります。
*時効: 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。