

|       |               |   |    |      |     |    |   |
|-------|---------------|---|----|------|-----|----|---|
| 支給金額  | 受取代理人<br>被保険者 | 円 | 備考 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
| 支払年月日 | 年             | 月 | 日  |      |     |    |   |
| 資格取得日 | 年             | 月 | 日  |      |     |    |   |
| 資格喪失日 | 年             | 月 | 日  |      |     |    |   |
| 分娩日   | 年             | 月 | 日  |      |     |    |   |

( 本人 / 家族 ) 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

|   |   |                              |  |   |             |                             |
|---|---|------------------------------|--|---|-------------|-----------------------------|
| 被保険者に関する情報  | 記号  |                              | 氏名   | 印   | 生年月日        |                             |
|   | 番号  |                              |  |   | TEL         |                             |
|   | 住所  | 〒                            |  |   |             |                             |
|   | 事業所名  |                              |  |   | (内線)        |                             |
|   | 出産予定者<br>※申請者と同一<br>の場合は不要で<br>す                    | 氏名                           |  |   | 生年月日        |                             |
|   |   |                              |  |   | 出産予<br>定日・数 | 年 月 日<br>単・多( 胎)            |
|   | 申請者に対する<br>支払金融機関<br>(OT以外の方が<br>記入)                | 銀行コード                        |  |   | 銀行名         | 銀行                          |
|   |   | 店番号                          |  |   | 支店名         | 支店                          |
|   |   | 預金種目                         | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座  | 口座番号  |             |                             |
|   |   | 口座名義                         | 漢字   | カタカナ  |             |                             |
| 被保険者に関する欄   | 私は、下記の者を代理人と定め、請求した出産育児一時金のうち差額が支払われる場合その受領方を委任します。 |                              |  |   |             |                             |
|   | 本人  | 住所                           | 〒  |   |             |                             |
|   |   | 氏名                           |  |   |             |                             |
|   |   |                              | 印  |   |             |                             |
|   | 代理人<br>(事業主)  | 住所                           | 〒  |   |             |                             |
|   |   | 名称                           |  |   |             |                             |
|   |   | 印                            |  |   |             |                             |
| 申請者又は出産予定者が出産予定日から6ヶ月以内に健康保険又は船員保険の資格を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。<br>※健康保険法第106条又は船員保険法第73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ヶ月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の被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。 |   |                              |  |   |             |                             |
| 本人  | 退職後(資格喪失後)の申請であるとき                                  | 被保険者期間が1年以上ありましたか?           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   | ※どちらも「はい」の方のみ「不支給証明書」を添付の上ご請求ください。申請後、出産が予定日より遅れ、6ヶ月以内の出産とならなかった場合は当健保から支給することはできません。 |             |                             |
|   |   | 資格喪失後6ヶ月以内の出産ですか?            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |   |             |                             |
| 被扶養者  | 扶養認定後(資格取得後)6ヶ月以内の出産であるとき                           | 以前被保険者(本人)として健康保険に加入していましたか? | <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保・共済 )<br><input type="checkbox"/> いいえ | 「はい」の方は、「不支給証明書」の添付が必要です。ただし、「国民健康保険」に加入していた場合には不要です。                                 |             |                             |
| 本請求によって、育児誌「赤ちゃん和妈妈」を3年間お送りします。発送のため発行元の(株)赤ちゃん和妈妈社にあなたの住所情報を渡します。不要として拒否される方は右欄に <input type="checkbox"/> 印をつけてください。   |   |                              |  |   |             | <input type="checkbox"/> 拒否 |

|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 備考 | 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。   |  |  |  |  |  |
|    | 個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。<br><input type="checkbox"/> 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 <input checked="" type="checkbox"/> ) |  |  |  |  |  |

|               |  |       |   |      |     |    |
|---------------|--|-------|---|------|-----|----|
| 受取代理人(医療機関)の欄 | 甲は乙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への直接支払制度は利用しないものとする。<br>甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して請求する出産に関する費用の額(上限42万円)の受領に関すること。 |       |   |      |     |    |
|               | 甲(被保険者)の住所 〒   |       |   |      |     |    |
|               | 氏名   |       | 印   |      |     |    |
|               | 乙(代理人)の住所 〒  |       |   |      |     |    |
|               | 名称   |       |   |      |     | 印  |
|               | 受取代理人(医療機関)に対する支払金融機関  | 銀行コード |   |      | 銀行名 | 銀行 |
|               |  | 店番号   |   |      | 支店名 | 支店 |
|               |  | 預金種目  | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号 |     |    |
|               |  | 口座名義  | 漢字  | カタカナ |     |    |

|        |                           |  |  |  |          |       |
|--------|---------------------------|--|--|--|----------|-------|
| 事業主証明欄 | 上記事項について、事実と相違ないことを証明します。 |  |  |  | 平成 年 月 日 | 健保受付印 |
|        | 事業所                       |  |  |  |          |       |
|        | 所在地                       |  |  |  |          |       |
| 事業主名   |                           |  |  |  |          |       |