

支給金額	受取代理人 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	11	氏名	健保 太郎	印	生年月日	昭和59年10月1日		
	番号	1234							
	住所	〒	169-0914	TEL				03-4609-4049	
		東京都新宿区西新宿2-3-1							
	事業所名	オリンパス株式会社				(内線)	1234		
	出産予定者 ※申請者同一の場合 は不要です	氏名	健保 花子		生年月日	昭和61年9月6日		出産予定日・数	平成29年2月28日
		申請者に対する 支払金融機関 (OT以外の方が 記入)	銀行コード	100	銀行名	□□		銀行	
		店番号	100	支店名	○○		支店		
		預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	12345678				
		口座名義	漢字	健保 太郎		カタカナ	ケンボ タロウ		
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	〒 169-0914 東京都新宿区西新宿2-3-1						
		氏名	健保 太郎 印						
	代理人 (事業主)	住所	〒						
		名称							
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。 ※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。					
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"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保・共済	「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式会社とママ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 checked="" type="checkbox"/> 印をつけてください。							<input type="checkbox"/> 拒否		

分娩者が本人で、該当する場合

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。 <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"/> )
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

分娩者がご家族で、該当する場合

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。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)の受領に関する事。						
	甲(被保険者)の住所 〒 169-0914 東京都新宿区西新宿2-3-1						
	氏名 健保 太郎 印						
	乙(代理人)の住所 〒 150-0000 東京都渋谷区○△町3-2-1						
	名称 ○×医院 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	110	銀行名	○△		銀行	
	店番号	122	支店名	渋谷		支店	
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	54321			
	口座名義	漢字	○△ 次郎				
		カタカナ	マルサンカク ジロウ				

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。 事業所 所在地 事業主名	平成 年 月 日	健保受付印
所属先の総務の担当に提出すると 事業主名で証明してもらえます			