

(様式1)

(被保険者→健康保険組合)

支給年月日	令和 年 月 日
支給額	¥ 円

決定	令和 年 月 日
常務理事	事務長 担当者

(受取代理・事前申請用)

被保険者  
家族

## 出産育児一時金 申請書

令和 00 年 00 月 00 日

日本化薬健康保険組合理事長 殿

被保険者(請求者)が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 ○○	番号 △△△	① 被保険者(請求者)の氏名・生年月日と印	フリガナ ケンポ タロウ 健保太郎 昭・平・令00年00月00日生
	被保険者(請求者)の住所・電話番号	フリガナ カナガワケン○○シ△△マチ××	〒000-0000 神奈川県○○市△△町××	電話 00(00)000	
	事業所の名称・住所・電話番号	名称 (株)□□□□	所在地 〒000-0000 東京都○○区△△町××	電話 00(00)000	
	被扶養者が出産するときは、その者の氏名、生年月日	フリガナ ケンポ ハナコ 氏名 健保花子	生年月日 昭和平成令和 00年00月00日生		
	出産予定日・数	令和 00年00月00日	単・多(胎)		
	出産予定の医療機関等の名称および住所・電話番号	名称 ○○産婦人科医院	所在地 〒000-0000 千葉県○○市△△町××	電話 00(00)000	
	資格喪失後に出産予定の場合は、新しい被保険者証の保険者名及び記号・番号 または被扶養者が扶養認定日以後6ヵ月以内に出産予定の場合は、扶養認定前に加入していた被保険者証の保険者及び記号・番号	保険者名	記号・番号		

委任状	出産育児一時金と受取代理支払額に差額が生じた場合 差額金額の受領を (株)□□□□ に委任します 被保険者氏名 健保太郎
-----	--------------------------------------------------------------------

受取代理人の欄	申請者(健保太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(○○産婦人科医院)(以下「乙」という。)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。 ※出産育児一時金等の支給額を上限とする。 令和 00年 00月 00日 甲の住所 神奈川県○○市△△町××	氏名 健保太郎	
	乙の所在地 千葉県○○市△△町××	名称 ○○産婦人科医院	電話 00(00)000
受取代理人に対する支払金融機関	金融機関 □□□□	銀行 金融 信金 △△△	店・本店 支店・出張所
預金種別	1.普通 2.当座 3.別段 4.通知 5.貯蓄	口座番号 ○○○○	口座名義 (フリガナ) ○○サンフジカイン ○○産婦人科医院

(備考欄)