

被保険者
健康保険 家 族 出産育児一時金(受取代理用)支給申請書

◎ 出産予定日まで一カ月以内となりましたら提出してください。

被保険者証の記号番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇	事業所 名称	〇〇労働金庫		
	氏 名				生年月日	連絡先電話番号		
被保険者(申請者)の	健康 太郎				昭和・平成	59年12月10日		03-0000-0000
	連絡先(送付先)住所							
〒0000-0000 東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇								
被扶養者が出産予定の場合は、その方の	氏 名				生年月日	被保険者との続柄		
	健康 花子				昭和・平成	60年 9月 10日		妻
出産予定日	令和 4 年 10 月 20 日				出生児の 予定数	単胎・多(胎)		
被保険者が 出産した場合	該当する要件はどちらですか? 1:被保険者資格期間中の出産 2:資格喪失後6カ月以内の出産(※1) ※1 出産日に加入している医療保険制度の 被保険者証の写しを添付してください。				家族(被扶養 者)が出産し た場合	家族があなたの被扶養者になった時期は? 1: 出産日から6カ月以上前 2: " 6カ月以内(※2) ※2 被扶養者になる前に加入していた医療 保険制度名を下欄↓に記してください。		
※2	医療保険制度・保険者名				証の記号番号(分かる範囲で)		被保険者名	
〇〇	健康保険組合・共済組合・国民健康保険 全国健康保険協会 支部・他				〇〇-〇〇〇〇		健康 花子	
出産する 医療機関等の	名称	〇〇産婦人科医院						
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町△△-△△						
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) (注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。								
労働金庫			〇〇			本店・本店営業部		預金 種別
[]			[]			支店		1:普通
店番号	口座 番号	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	ケンコウ タロウ
*医療機関等へ支払う金額が出産育児一時金の満額に満たなかった場合にのみ、その差額を被保険者宛てに振り込むための口座。								

指定口座を記入した場合は、
✓不要です。

※ 優先口座機関

委任状・受取代理人の欄

被保険者である甲(健康 太郎)は、医療機関等である乙(健保 一郎)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。

- 甲が請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(一児につき指定した上限金額)の受領に関すること。

令和 4 年 9 月 10 日

甲(被保険者)の 住所 〒0000-0000
東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇

氏名 健康 太郎

乙(代理人)の 所在地 〒0000-0000
東京都〇〇区〇〇町△△-△△

医療機関名 〇〇産婦人科医院

代表者氏名 健保 一郎 電話番号 03(0000)0000

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、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

令和4年9月15日提出

受付日付印

[提出先・お問い合わせ先]

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階

全国労働金庫健康保険組合 業務部

TEL 03(5217)3162