

健康保険 被保険者 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。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号		事業所 名 称	生年月日		連絡先電話番号	
	記号	番号					
	(申請者) 被保険者の	氏 名		昭和・平成		連絡先(送付先)住所	
		Ⓜ		年 月 日			
		〒 -					
	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	
				昭和・平成 年 月 日			
	出産予定日	令和 年 月 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		
	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						
出産する 医療機関等の	名 称		〒 -				
	所在地						
支払先 金融機関(※)	労働金庫		本店		預金 種別	1:普通	
	[ ]		支店				
	店番号	口座 番号	口座 名義		(カタカナで記入)		
*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。							

委任状・受取代理人の欄	被保険者である甲( )は、医療機関等である乙( )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。							
	甲(被保険者)の 〒 - 年 月 日 住 所 氏 名 Ⓜ							
	乙(代理人)の 〒 - 所 在 地 医療機関名 代表者氏名 Ⓜ 電話番号 ( )							

※健保使用欄

法定(満額)	404,000円( )・420,000円( )
代理受領額	( ) 円
法定(差額)	円

年 月 日提出

受付日付印

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

[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