

支払年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額	円	資格	取得	年 月 日	
出産年月日	年 月 日	喪失	年 月 日		
法第106条	<input type="checkbox"/> 該当・ <input type="checkbox"/> 不該当	(備考)			

家族が出産した時

健康保険 被保険者・家族 **出産育児一時金請求書（受取代理用）**

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	×××・××××	② 事業所の 名称	株式会社	
	③ 被保険者の (請求者) 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保太郎	④ 被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ××年×月×日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年×月×日	
	⑤ 被保険者の (請求者) 住所	〒 123-4567 ケン シ ×××パンチ×× 県市 ×××番地×	電話 (XXX) XXX-XXXX		
	⑥ 出産予定者氏名	フリガナ ケンポ ハナ 健保花	出産予定者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ××年×月×日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年×月×日	
	⑥ 出産予定者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 (被保険者) <input type="checkbox"/> 家族 (被扶養者)	出産予定者の 資格取得日	<input type="checkbox"/> 平成 ××年×月×日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ××年×月×日	
	⑦ 出産予定の医療機関	名称 中央医院	住所 〒 123-4563 県市 ×丁目×番地×		
	⑧	申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険の資格をすでに喪失している場合は1または2について記入	※健康保険法第106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か月以内に出生された場合、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。		
	1. 被保険者の退職後6か月以内の出産 現在加入している保険者名と記号・番号	保険者名	該当する場合ご記入ください。		
	2. 被扶養者の認定後6か月以内の出産 以前加入していた保険者名と記号・番号	記号・番号			
	【必須】以下の内容を確認し <input type="checkbox"/> にチェックしてください。				
⑨ 申請者本人(被保険者) 確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>	この申請書については、①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人が作成した。 ② 記載内容について誤りがないか確認した。			

受 取 代 理 人 の 記 入 欄	申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (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※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××年×月×日		甲(被保険者)	住所 県市 ×××番地×	氏名 健保花
	乙(医療機関等)		所在地 名称		
	ご利用の医療機関等が記入				
受取代理人に 対する 支払金融機関	銀行 本店 信用金庫 支店	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他()	口座番号	受付印	
	口座名義 (カタカナ)				

※ 訂正された場合は、二重線で抹消後訂正印を押印ください。

【添付書類】

母子手帳の出産予定日が分かる部分のコピーまたは出産予定日を証明する書類

※ 退職後に請求する場合は、『現況報告書』を添付ください。