

健康保険 使用欄	支給決定額	円	常務理事	担当上司	担 当
	産科医療補償制度 加算対象の有無				

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

三谷健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者（申請者）が記入するところ	被保険者等の記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください										被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ)	被保険者の生年月日							
		—													昭・平							
	被保険者 (申請者) の住所	郵便番号		(フリガナ)										電話番号								
																— —						
	事業所(会社)の 名称												勤務先電話番号		— —							
	出産予定日・数		令和 年 月 日 単 ・ 多 （ 胎 ）																			
	出産予定者		被扶養者の氏名										被扶養者の生年月日									
													昭 ・ 平 年 月 日									
	出産予定医療機関等		名称											所在地								
	申請者に対する 支払金融機関		銀行 農協 本店 金庫 支店 信組 出張所																			
預金 種別			普通	口座 番号											口座名義	(フリガナ)						
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又は船員保険の資格を既に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年以上健康保険又は船員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。																						
申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失、6か月以内に出産することによる申請である場合は、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号										保険者名												
										記号					番号							
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号										保険者名												
										記号					番号							
備考																						

受 取 代 理 人 の 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、次の権限を委託します。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りようしません。 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（保険者が出産育児一時金に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む）を上限とする。 令和 年 月 日 甲 住所 氏名 乙 所在地 名称 電話 — —																					
	受取代理人に対する 支払金融機関		銀行 農協 本店 金庫 支店 信組 出張所																			
			預金 種別	普通	口座 番号											口座名義	(フリガナ)					

※給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日										代理人 の氏名	(フリガナ)	委任者と代理人 との関係	
	被保険者 (申請者) 住所 氏名													
	代理人の 住所		郵便番号		(フリガナ)								電話番号	
		—										— —		