

被保険者・家族 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の	記 号 1234	番 号 5678	氏 名 健保 太郎	事 業 所 名 〇〇株式会社	
	② 出産予定の 医療機関	名 称 △△産婦人科	☎ ××-××××-××××			
		所在地 渋谷区□□区〇〇6-7-8				
	③ 出産予定日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	④ 予定胎児数	① 胎・多 胎 (児)		
	⑤ 家族の分娩で あるときは	氏 名 健保 花子	生年 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 月 日 平成	続柄	妻	
	⑥ 出産した人が	セメント健保に加入して6ヶ月以 内に分娩したとき		⇒ 以前に加入していた健 保組合等の名称		
		セメント健保の資格を喪失してか ら6ヶ月以内に分娩したとき		⇒ 現在加入している健 保組合等の名称		
	⑦ 上記の健保組 合等の	記 号	番 号	電話番号	()	
⑧ 被保険者の	上記の通り申請します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日				受 付 年 月 日	
	住 所 東京都〇〇区××1-2-3					
	氏 名 健保 太郎	セメント商工健康保険組合理事長 殿				
※	受領について (どちらかに✓)	☒ 事業所への委任払いを希望(委任状欄へ) ☐ 個人口座への振込を希望(振込先へ)				
⑨ 委 任 状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、令和 〇 年 〇 月 〇 日請求した上記の給付金の受領方を委任します。 令和 年 月 日 被保険者の 住 所 東京都〇〇区××1-2-3 氏 名 健保 太郎 ⑩ 健保 ※委任払いの場合は 代理人の 住 所 東京都△△区〇〇4-5 ⑩ 山田 押印をお願いします (事業所) 氏 名 〇〇株式会社 山田 一郎 ⑩ 山田					
振込先	銀行	支店 出張所	普通 当座	名義人		
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)(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(保険者が出産育児一時金等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 〇 年 〇 月 〇 日 甲 の 住 所 東京都〇〇区××1-2-3 氏 名 健保 太郎 乙 の 所在地 東京都□□区〇〇6-7-8 名 称 △△産婦人科 ⑩ 科 産 婦 人 科 医 院 電話 〇〇 (××××) ××××					
	振込先	〇〇 銀行 △△	支店 出張所	種別 普通 当座	口座 番号 12××××	名義人 (カタカナ) △△産婦人科医院

出産予定日まで2カ月以内の方が申請可能です。

- ・厚生労働省に認可された小規模の届出医療機関に限ります。
- ・出産後医療機関からの請求報告書にもとづき、健保組合が医療機関へ受取代理額を支払います。
- ・支払いが受取代理額の上限未満の場合、差額は被保険者に支給します。