

(あて先) FR健康保険組合

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

Example

申請者(被保険者、世帯主又は組合員)が記入するところ	被保険者証	記号	① 1234	番号	① 12345678	
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員) ※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。	氏名	(フリガナ) ヤマグチ タロウ ② 山口 太郎			
		住所	(フリガナ) 〒 (フリガナ) ③	電話 ()		
	出生年月日	④ 昭和 50 年 6 月 1 日				
	出産予定日・数	⑤ 令和 4 年 3 月 1 日	⑥ 単・多(胎)			
	出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です	氏名	(フリガナ) ヤマグチ ハナコ ⑥ 山口 花子			
		出生年月日	⑥ 昭和 52 年 10 月 1 日			
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) ⑦ * * * * 病院			
		所在地	(フリガナ) 〒 ヤマグチケン ⑦ 山口県 * * * * *			
	申請者に対する支払金融機関	預金種別	1:普通 4: 2:当座 5:貯 3:別段	銀行 金庫	店・本店 支店・出張所	
<p>申請者又は出産予定者が出産予定日か、いずれかに記載をお願いします。</p> <p>※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、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。</p>						
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後、6か月以内に出産することによる申請である場合、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			
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			記号	番号		
			保険者名			
			記号	番号		
受取代理人の欄	<p>申請者(⑧ 山口 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(⑨ * * * * 病院) (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。</p> <p>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。</p> <p>※ 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。</p>					
	令和 ⑩ 4 年 1 月 4 日					
	甲の住所 ⑪					
	氏名 ⑧ 山口 太郎					
乙の所在地						
名称						
Please ask the medical institution to fill out						
受取代理人に対する支払金融機関	預金種別	1:普通 4: 2:当座 5:貯 3:別段	口座番号	口座名義	店・本店 支店・出張所	

- ① Health Insurance Card Symbol / Number
- ② Name of Applicant
- ③ Address (with Zip Code) and Telephone Number of Applicant
* Please indicate your current address and the telephone number where you can be reached during the day.
- ④ Date Birth of Applicant
- ⑤ Due Date / Number
Circle one
Single birth: 单 Multiple birth: 多 (fetal number)
- ⑥ Name and Birth Date of Expectant Mother
* Not required if same as applicant
- ⑦ Name and Address (with Zip Code) of Medical Institution, etc. where Birth will take place
- ⑧ Name of Applicant
- ⑨ Name of Medical Institution, etc.
- ⑩ Date of Application
- ⑪ Current Address of Applicant