常務理事	事務長	担当	係

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欄	① 被保険者等の	記号	番号 ※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。	② 被保険者（請求者）の氏名		
	③ 被保険者（請求者）の現住所	（〒　　ー　　） TEL　　（　　） ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。				
	出産者が家族（被扶養者）の場合	④ 氏名		⑤ 続柄		⑥ 生年月日　　年　　月　　日
	⑦ 出産予定日・数	年　　月　　日		単　・　多（　　胎）		
	出産予定医療機関	⑧ 名称		⑨ 所在地		
	⑩ 出産した方が	・被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか ・被扶養者 → FR健保扶養認定後6ヶ月以内の出産ですか		はい ・ いいえ		
	はいの場合	・被保険者 → 現在加入されている ・被扶養者 → 扶養認定前に加入していた		健康保険組合名称	記号・番号	
	当該分娩に対し、上記健康保険組合より出産育児一時金を			受けた 受ける予定 ・ 受けない		
	添付書類	□ 母子健康手帳の写しまたは出産予定日まで2ヵ月以内であることを証明する書類				

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　　年　　月　　日

甲の住所

氏名

乙の所在地

名称　　電話　　（　　）

※医療機関名等ゴム印を押印ください。

受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫・農協　　支店 〔金融機関コード　　・ 店番号　　〕			口座番号	※左詰めでご記入ください。
	預金種別	普通・当座 別段	口座名義	（フリガナ）	

〔注意事項〕

受付日付印

1. 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を希望する場合は 健保組合までご相談ください。

2. 分娩費用が55万円に満たない場合、差額は被保険者の給与口座に自動給付いたします。（手続き不要）
給与口座以外への振込を希望される方は、金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピーを添付してください。（振込は被保険者本人名義の口座に限ります。）