

記入例

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 險 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者等の 記号 1234 番号 12345678 <small>※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。</small>	② 被保険者 (請求者) の氏名 山口 太郎
	③ 被保険者 (請求者) の現住所 (〒 -) TEL () ご自身の現住所と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
	④ 氏名 山口 花子 ⑦ 続柄 妻 ⑧ 生年 昭和 52 年 10 月 1 日 出産者が家族 (被扶養者)の場合	
	⑦ 出産予定日・数 令和 7 年 4 月 1 日 (単) ・ 多 (胎)	
	⑧ 名称 *****病院 ⑨ 所在地 当てはまる方にマルをつけてください。	
	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	
	⑩が「はい」の場合 ・被保険者 → 現在加入されている 健康保険組合名称 記号・番号	
	⑩が「はい」の場合のみご記入ください。 出産予定日() 出産育児一時金を 受ける予定 () けない	
	添付書類 <input checked="" type="checkbox"/> 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(山口 太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(*****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。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 7 年 2 月 15 日
	甲の住所 ご自身の現住所を記入してください。 氏名 山口 太郎
	乙の所在地 名称 電話 () 医療機関へ記入を依頼してください。
受取代理人 に対する 支払金融機関	※医 [金融機関コード] [店番号] [フリガナ] 番号
預金 種別	普通・当座 別段
	口座 名義

〔注意事項〕

- 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。
- 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。)

受付日付印