記入例

常務理事	事務長	係

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用) 大陽日酸健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		被保険者の氏名・生年月日		大日 太郎		
	11 - 2345				平成 〇 年 〇 月 〇 日生		
	被保険者の住所	〒000-0000 東京都〇〇区〇〇1-1-1		電話番号 00-0000-0000			
	被保険者の勤務する事業所 又は勤務していた事業所	名称	〇〇株式会社				
		所在地	東京都〇〇区〇〇1-2-3				
	退職予定の方は予定日			年	月	日	退職予定
	被扶養者が出産するための 請求であるときは、その者の	氏名		続柄		生年月日	
		大日 花子		妻		平成 〇 年 〇 月 〇 日生	
	出産予定日及び人数	令和 〇 年 〇 月 〇 日		出産予定		単・多(胎)	
	被扶養者が扶養認定日以後 六ヶ月以内に出産予定の場 合は、扶養認定前に加入して いた保険者の名称・保険証の 記号番号及び電話番号					協会けんぽ 共済組合 健康保険組合 国保	
記号 番号		電話番号					
出産予定の医療機関名称	〇〇産科小児科医院						

甲(大日太郎)は、医療機関等である乙(〇〇産科小児科医院)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い制度は利用しません。
 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(上限50万5千円^⑤)の受領に関する事。
^⑤産科医療補償制度加算対象出産でない場合は49万3千円。
 令和〇年 〇月 〇日

受 取 代 理 人 欄	甲(被保険者)	住所	東京都〇〇区〇〇1-1-1				
		氏名	大日 太郎				
		住所	東京都〇〇区〇〇2-3-4				
		名称	〇〇産科小児科医院				
		氏名	〇〇 〇〇				
	電話番号	00(0000)0000					
受取代理人に関する支払い金融機関の欄							
	金融機関名	本支店名			口座種別		
	〇〇銀行	〇〇 本店・支店			普通・当座 その他()		
	口座番号	口座名義(フリガナを必ず記入)					
	1234567	フリガナ 〇〇サンカワウエカイイ 〇〇 〇〇					
		〇〇産科小児科医院 〇〇 〇〇					

こちらの欄は出産する医療機関に記入してもらってください。

※裏面の注意事項を必ずお読みください。

受付日付印