

(様式1)

被保険者
家族

出産育児一時金

請求書

(受取代理用)

(注意事項)

4 3 2 1
 ① 欄は、被保険者本人が出産するための請求である場合は、記入不要です。
 ② 欄は、被保険者本人が家族(の別、および)欄はそれぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
 ③ 欄の振込を希望する金融機関については、被保険者名義の口座を指定してください。
 ④ 欄の印鑑ははっきりと押しつけてください。

※ 支給 議	同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	担当者
	支払年月日	令和 年 月 日			
	支払金額	円			
	法定	円	支払決裁年月日	令和 年 月 日	

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号 番号	事業所の名称		
	被保険者	氏名	生月日	平成 年 月 日	
		住所	〒	TEL ()	
	① 出産予定者 ※被保険者本人の場合 は不要です。	氏名	生月日	平成 年 月 日	
	出産予定年月日	令和 年 月 日	② 出産	単 ・ 多 (胎)	
	出産予定医療機関等	(ア) 名称	(フリガナ)		
		(イ) 所在地	〒 (フリガナ)		
	申請者(被保険者)に対する支払金融機関				
	③ 振込を希望する銀行等の名称 預金の種類及び口座番号				
	銀行 支店 信用金庫				
正確に「フリガナ」をふってください					
普通 口座番号 当座 口座番号					
フリガナ 口座名義人					
被保険者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。(※)					
(※) 健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格喪失後、6か月以内に出産することができません。					
被保険者本人の退職等により、健康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					
被保険者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					
保険者名					
電話番号					
記号 番号					
保険者名					
電話番号					
記号 番号					

受 取 代 理 人 の 欄	④ 私()は、医療機関等である()を代理人と定め、次の 権限を委任します。また、私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。 私が請求する出産育児一時金等のうち、医療機関等が私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を上限とする。				
	令和 年 月 日				
	住所 被保険者 氏名 TEL:				
	住所 代理人 氏名 TEL:				
	受取代理人(医療機関)に対する支払金融機関の欄				
振込を希望する銀行等の名称 預金の種類及び口座番号					
銀行 支店 信用金庫					
正確に「フリガナ」をふってください					
普通 口座番号 当座 口座番号					
フリガナ 口座名義人					

(※) 健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格喪失後、6か月以内に出産することができません。