

(あて先) _____

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

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		番号	000000	
	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)	テイコク タロウ 帝国 太郎			
		住所	〒 000-0000 (フリガナ)	トウキョウトチヨダケ〇〇 東京都千代田区〇〇			
		生年月日	2000年 01月 10日 電話 03 (0000) 0000				
	出産予定日・数	2024年 08月 10日 〇 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)	テイコク ハナコ 帝国 花子			
		生年月日	2001年 10月 10日				
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)	〇〇総合病院			
		所在地	〒 (フリガナ)	東京都中央区〇〇			
	申請者に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組					店・本店 支店・出張所
預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号			口座名義 (フリガナ)		
申請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条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員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。							
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					
		記号			番号		
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		保険者名					
		記号			番号		
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 ()							
受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組					店・本店 支店・出張所	
預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号			口座名義 (フリガナ)		

(備考欄)

令和 年 月 日

(あて先) _____

受取代理申請受付通知書

受取代理制度により、以下の被保険者等(健康保険・船員保険の被保険者、国民健康保険の世帯主又は組合員をいう。)から、貴院を受取代理人とする出産育児一時金等の支給申請がなされましたので、ご連絡いたします。

受付日	2024年 8月 20日		
被保険者等	氏名	(フリガナ) テイコク タロウ 帝国 太郎	
	住所	〒 000-0000 (フリガナ) トウキョウトチヨダク〇〇 東京都千代田区〇〇	
	生年月日	2000年 1月 10日	
出産予定日・数	2024年 8月 10日 (単)・多(胎)		
出産予定者 ※被保険者等と同一の場合は省略	氏名	(フリガナ) テイコク ハナコ 帝国 花子	
	生年月日	2001年 10月 10日	
付加給付金相当額			
貴院が代理受領することができる額の上限(①と②の合計額)	円 ※ 産科医療補償制度対象出産でない場合は、円となります。 ※※ 多胎の場合は、出産数を乗じた額となります。		
	① 出産育児一時金50万円(産科医療補償制度対象出産でない場合は48万8千円) ② 付加給付金相当額()円		

なお、出産育児一時金又は家族出産育児一時金の支給のためには、当該被保険者等又は被扶養者の出産後、貴院から、

- ・ 出産費用の請求書の写し
※ 産科医療補償制度対象出産の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が明記された請求書の写し
- ・ 出産の事実を証明する書類の写し

を送付いただく必要があります。

出産後速やかに下記あて送付いただきますよう、お願いいたします。

(保険者名) _____

(所在地) _____

(あて先) _____

(医療機関等) 所在地

名称

出産費用請求報告書

標記について、下記のとおり報告します。

記

被保険者証	記号	1	番号	00000
被保険者、世帯主又は組合員	氏名	(フリガナ) <small>テイコク タロウ</small> 帝国 太郎		
	住所	〒 000-0000 (フリガナ) <small>トウキョウトチヨダク〇〇</small> 東京都千代田区〇〇		
請求金額				
出産費用請求書(写)	別添のとおり			
出産の事実を証明する書類(写)	別添のとおり			