

(あて先) _____

記入例

保険証に記載されている
記号・番号をご記入ください。

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	31-01		番号	1234		
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員)	氏名	(フリガナ) チョウブ タロウ	調布 太郎		
	※「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。	住所	〒182-8511 (フリガナ) チョウブシコシマチョウ	調布市小島町2-35-1		
	生年月日	S60年 11月 10日		電話	042-481-7053	
	出産予定日・数	R1年 8月 7日		単・多(胎)		
	出産予定者	氏名	(フリガナ) チョウブ ハナコ	調布 花子		
	※申請者と同一の場合は不要です	生年月日	S62年 5月 10日			
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) ○○クリニック			
		所在地	〒○○-○○ (フリガナ)	東京都○○市○○1-2-3		
	申請者に対する支払金融機関	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	口座番号	1234567	口座名義
銀行		金庫	信組	店・本店	支店・出張所	
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、資格喪失した最後の保険者から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		
申請者によるいた保		認定後、6か月以内に出産すること家族が被扶養者認定前に加入して	保険者名	記号	番号	

世帯主の名前をご記入ください。

申請者(調布 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(○○クリニック) (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、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。
※ 産育児一時金等の支給額(保険者が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。

令和元年 7月 2日

甲の住所 調布市小島町2-35-

氏名 調布 太郎

乙の所在地 東京都○○市○○1-2-3

名称 ○○クリニック

電話 ○○○ (○○○○) ○○○○

世帯主の名前をご記入ください。

医療機関の口座をご記入ください。

×××	銀行	金庫	信組	店・本店	支店・出張所
1:普通 2:当座 3:別段	1:通知 5:貯蓄	口座番号	9999999	口座名義	(フリガナ) ○○クリニック ○○クリニック

(備考欄)