

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等記号・番号		記号	2000		番号	*****			
	被保険者		勤務地・所属	(八尾) OO本部 OO部						
			氏名	(フリガナ) シャープ タロウ シャープ 太郎		生年月日	H** 年 **月 **日			
			住所	〒123-**** 大阪府八尾市OO町*-*-* 電話 *** (****) ****						
	出産予定日・数		2024 年 ** 月 ** 日		単多(胎)					
	出産予定者 ※申請者と同一の場合は 記入不要		氏名	(フリガナ) シャープ ハナコ シャープ 花子		生年月日	H** 年 **月 **日			
	出産予定 医療機関等		名称	(フリガナ) OOサンカイン OO産科医院						
			所在地	〒 (フリガナ) 大阪市OO区OO町*-*-*						
	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	4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義	(フリガナ)	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1章第11条第1項第1号の資格を喪失した最後の日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か月以内に出生された場合、出生の日とする。									
申請者本人の退職資格喪失後、6か月経過後に加入		50万円との差額が発生したときは、事業主を経由して被保険者の給与口座へ振り込みますので、この欄は記入不要です		保険者名						
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出生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	OO健康保険組合					記号	*****	
		記号	*****					番号	*****	

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※の受領に関する事。 ※ 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	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義	(フリガナ)	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所

(備考欄)