

「出産育児一時金（受取代理用）支給申請書」 記入の手引き（被保険者用）

申請について注意事項

1. 出産予定日の2か月以内となつてから提出ください。
(出産後に出産育児一時金請求書の提出は必要ありません)
2. 申請した受取代理人である医療機関以外で出産することになった場合、この申請書は無効となりますので、速やかに当健康保険組合に申し出てください。
3. 海外での出産は、受取代理制度は適用されません。

記入方法について (下記の丸数字は申請書の丸数字と照合してください。)

- ① 当組合へ退出する日を必ず記入ください。
- ② 保険証に記載されています。
- ③ 保険証に記載されています。
- ⑪ 差額の給付金は給料に含めて事業所（会社）より支給されるため、被保険者が在籍している場合は、記入ください。
退職予定の場合は、事業所（会社）担当者へ委任状が必要かどうか確認をお願いします。
- ⑫ 退職者または⑪の委任状が不要の方は、振込希望先（被保険者名義）を記入ください。

【添付書類】

- ※いずれの場合も写し（コピー）をお願いします。
1. 母子手帳（保護者氏名がおよび分娩予定日が記載されている頁）
 2. 被保険者記入用の⑦-1で「はい」の場合、現在加入している健康保険証

□には該当する方に☑を付してください。

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書 (受取代理用)

(受付印)

① 当組合へ提出する日を必ず記入ください。 ※ 印刷は、A4片面でお願いします。

<被保険者記入用> 1枚目

健康保険組合より問合せする場合は連絡先を記入してください。

連絡先 TEL 職場 自宅 携帯

2. この欄の記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。訂正印を押印してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| ① 提出日 | 令和 年 月 日 | ② 被保険者証 記号 番号 | ③ 事業所名 (会社名) |
| ④ (申請者) 被保険者氏名 | (フリガナ) | ⑤ 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭 和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平 成 年 月 日 |
| ⑥ 現住所 | (〒 -) | 電話() | - |
| ⑦-1 被保険者の場合 | 退職後6か月以内の出産予定ですか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| | ↓ 上記「はい」の場合 退職年月日 | 令和 年 月 日 | 加入している健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 |
| ⑦-2 家族の場合 | 当組合加入前に加入して健康保険について | <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 | 健康保険証記号・番号 左記名称 |
| | ↓ 上記「はい」の場合 | 健康保険証記号・番号 | 左記名称 |
| ⑧ 出産予定日 | 令和 年 月 日 | ⑨ 単胎・多胎の別 | <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 () |
| ⑩ 出産予定医療機関等 | 名称 〒 - 電話番号() | | |
| ⑪ 被保険者が在籍の場合 | 委任欄 本申請に基づく支給のうち医療機関等からの請求額に差額が生じた場合は、その差額の受領は事業主に委任します。 | 被保険者氏名 | |
| ⑫ 被保険者が任意継続被保険者または退職(予定)の場合 | 差 額 発 生 時 の 振 込 先 | | |
| | 銀行・農協 信金・信組 | 支店 出張所 | 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |
| | 口座番号 | 口座名義 (フリガナ) | |

