

(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)

|   |                      |                      |                                     |                  |
|---|----------------------|----------------------|-------------------------------------|------------------|
| 31-01   |                      | 番号                   | 1234                                |                  |
| 申請者(被保険者、<br>世帯主又は組合員)  | 氏名                   | 調布 太郎                |                                     |                  |
|   | 住所                   | 調布市小島町2-35-1         |                                     |                  |
|   | 生年月日                 | S60年 11月 10日         |                                     |                  |
| 出産予定日・数   | R1年 8月 7日            |                      |                                     | 単・多(胎)           |
| 出産予定者   | 氏名                   | 調布 花子                |                                     |                  |
|   | 生年月日                 | S62年 5月 10日          |                                     |                  |
| 出産予定<br>医療機関等   | 名称                   | 〇〇クリニック              |                                     |                  |
|   | 所在地                  | 東京都〇〇市〇〇1-2-3        |                                     |                  |
| 申請者に対する<br>支払金融機<br>関   | 預金<br>種別             | 1:普通<br>2:当座<br>3:別段 | 口座<br>番号                            | 1234567          |
|   | 銀行<br>金庫<br>信組       | 店・本店<br>支店           | 口座<br>名義                            | 調布 太郎            |
| 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。<br>※ 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か月以内に出生された場合、資格を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   |                      | 世帯主の名前を<br>ご記入ください。  | 認定後、6か月以内に出産すること<br>家族が被扶養者認定前に加入して | 保険者名<br>記号<br>番号 |
| <p>申請者(調布 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇クリニック) (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。<br/>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※の受領に関する事。<br/>※ 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。</p> <p>令和元 年 1 月 2 日</p> <p>甲の住所 調布市小島町2-35-1</p> <p>氏名 調布 太郎</p> <p>乙の所在地 東京都〇〇市〇〇1-2-3</p> <p>名称 〇〇クリニック</p> <p>電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇</p> |                      |                      |                                     |                  |
| 受取代理人の欄   | 医療機関の口座を<br>ご記入ください。 | ×××                  | 口座<br>番号                            | 9999999          |
|   | 銀行<br>金庫<br>信組       | 店・本店<br>支店           | 口座<br>名義                            | 〇〇クリニック          |

申請者(被保険者、世帯主又は組合員)が記入するところ

受取代理人の欄

(備考欄)