

同年月日	年	月	日	常務理事	事務長	課長	係長	係	台帳照合印
※ 支給 決定 議書	支給額			取得	年月日	喪失	年月日		
	医療機関								
	被保険者(申請者)			出産年月日	年月日	備考			

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金支給申請書 (受取代理用) (注意事項)

3 2 1、記入の際、※印の欄は記入しないで行ってください。裏面の留意事項をご確認ください。

被保険者の記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	記号	被保険者(申請者)の氏名と印	フリガナ							
	③ 被保険者の住所(申請者)	〒 - - TEL (- -)									
	④ 事業所の名称					⑤ 出産予定日及び胎児数	令和 年 月 日 単・多(胎)				
	⑥ 家族が出産する場合はその者の	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日					
	⑦ 出産予定の医療機関の	名称									
		所在地	〒 - -								
	⑧ 被保険者(申請者)の支払金融機関	銀行・農協 信用金庫 信用組合			店支店出張所	預金種別	普通・当座・別段・通知				
		口座番号	口座名義		フリガナ						
	★ 出産予定者が以下のいずれかに該当する場合に記入してください。										
	⑨ 出産予定者が被保険者(本人)の場合	㊦ 被保険者期間が1年以上あって当組合を資格喪失後6ヶ月以内に出産予定の方ですか。				ハイ・イエ					
㊧ 上記㊦で、「ハイ」と答えた場合は資格喪失後、家族の被扶養者になっていますか。				ハイ・イエ							
⑩ 出産予定者が被扶養者(家族)の場合	㊨ 上記㊦で、「ハイ」と答えた場合は家族の被扶養者として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を下記に記入してください。										
	㊩ 被扶養者認定後6ヶ月以内に出産予定の方ですか。				ハイ・イエ						
	㊪ 上記㊩で、「ハイ」と答えた場合は被扶養者認定を受けた要因が退職等によるものですか。				ハイ・イエ						
	㊫ 上記㊪で、「ハイ」と答えた場合は被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を下記に記入してください。										
保険者名		TEL (- -)			記号・番号		-				

受取代理人の欄	⑨ 私は医療機関である下記のを代理人と定め、出産育児一時金・家族出産育児一時金の受領方を委任します。また、医療機関等への直接支払制度は利用しません。								
	被保険者(申請者)		住所	〒 - -					
			氏名	⑩					
	代理人(医療機関)		所在地	〒 - -					
		名称	TEL (- -)						
受取代理人(医療機関)の支払金融機関		銀行・農協 信用金庫 信用組合			店支店出張所	預金種別	普通・当座・別段・通知		
		口座番号	口座名義		フリガナ				

(備考欄)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

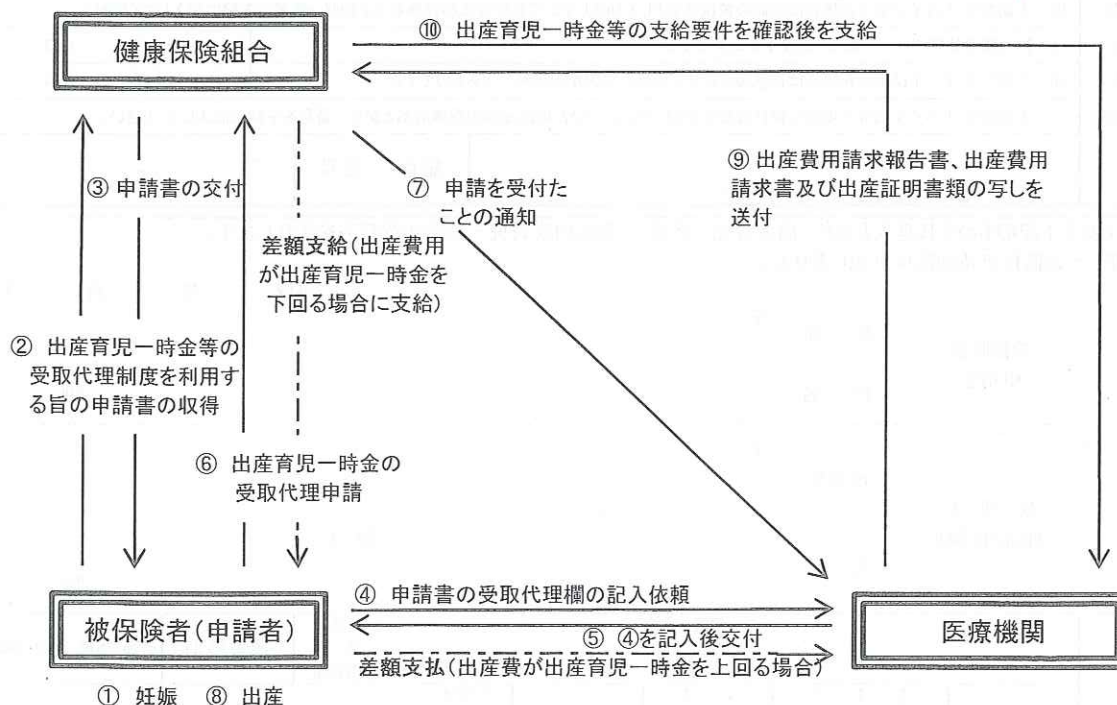
被保険者(申請者)の皆様に対する留意事項

- 1、 出産育児一時金等の受取代理申請は、出産予定日まで2ヶ月以内であることとなっております。
- 2、 この申請書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関等と健康保険組合の間において、申請書の受付の有無、出産に関する証明、及び出産費用に関する情報の提供を行いますので、あらかじめご了承ください。
- 3、 予定していた医療機関等以外で出産することとなった場合は、速やかに健康保険組合に連絡をして、予定外の状況に至った旨の届出を提出することとなっております。

対象医療機関等の皆様に対する留意事項

- 1、 被保険者(申請者)等から、出産育児一時金等の受取代理申請の記入依頼があった場合は、後日、健康保険組合から受付を行った旨通知しますので、⑨欄に記名・押印及びその他必要事項を記載してください。
- 2、 出産後、出産費用等が確定した場合は、出産費用請求報告書、出産費用の請求書及び出産の事実を証明する書類の写しを速やかに健康保険組合に送付してください。なお、加算対象出産の場合は、所定の印が押された請求書の写しを送付してください。

妊娠から出産育児一時金の精算まで



問い合わせ先 〒136-0071 東京都江東区亀戸6-41-20
機缶健康保険組合 業務課
TEL 03-3685-7931