

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 支 給 払 決 議 書	支 給 額								
	支 給 内 訳	医 療 機 関							
		被 保 険 者 (申請者)			取 得	年 月 日	喪 失	年 月 日	
					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)

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 XXXXX 番号 XXXXX	② 被保険者(申請者) の氏名と印	フリガナ ^{キヤン} ^{タロウ} 機岳 太郎 ㊟
	③ 被保険者の住所 (申請者)	〒 000-0000 Tel (000-000-0000) 神奈川県相模原市 001-2-3		
	④ 事業所の名称	機岳工業株式会社	⑤ 出産予定日 及び胎児数	令和 00年 00月 00日 単・多 (胎)
	⑥ 家族が出産する 場合はその者の	フリガナ ^{キヤン} ^{ハナコ} 氏名 機岳 花子	生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 00年 00月 00日
	⑦ 出産予定の 医療機関の	名称 所在地	00 産婦人科医院 〒 000-0000 神奈川県相模原市 002-1-1	
	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 <input checked="" type="radio"/> 普通・当座・別段・通知
		口座番号 XXXXXX	口座名義	フリガナ ^{キヤン} ^{タロウ} 機岳 太郎
	☆ 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年以上あつ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	
	㊡ 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。			
⑩ 出産予定者 が被扶養者 (家族)の場合	㊢ 被扶養者認定後6ヶ月以内に出産予定の方ですか。	ハイ・ <input checked="" type="radio"/> 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		記号・番号	—	

3 2 1、記入の際、選
※印の欄は記入しない
裏面の留意事項をご確
認してください。
。該当する文字を○で
囲んでください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑨ 私は医療機関である下記のものを代理人と定め、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	〒 000-0000 神奈川県相模原市 001-2-3	
		氏名	機岳 太郎 ㊟	
	代理人 (医療機関)	所在地	〒 000-0000 神奈川県相模原市 002-1-1	
		名称	00 産婦人科医院 ㊟ Tel (000-000-0000)	
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 ㊟