支払年月日	年　月　日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額	円				
出産年月日	年　月　日	資格	取得　年　月　日		
			喪失　年　月　日		
法第106条	□ 該当 ・ □ 不該当	(備考)			

健康保険 被保険者･家族 出産育児一時金請求書（受取代理用）

被保険者が記入するところ

①	被保険者等記号・番号	・	② 事業所の名称	
③	被保険者の（請求者）氏名	フリガナ	④ 被保険者の生年月日	□昭和 □平成　年　月　日
⑤	被保険者の（請求者）住所	〒 電話（　　）　－		
⑥	出産予定者氏名	フリガナ	出産予定者の生年月日	□昭和 □平成　年　月　日
	出産予定者	□ 本人（被保険者）　□ 家族（被扶養者）	出産予定者の資格取得日	□平成 □令和　年　月　日
⑦	出産予定の医療機関	名称	住所	〒
⑧	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の資格をすでに喪失している場合は 1 または 2 について記入	※健康保険法第 106 条の規定により、1 年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6 カ月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。		
	1. 被保険者の退職後 6 カ月以内の出産 現在加入している保険者名と記号・番号 2. 被扶養者の認定後 6 カ月以内の出産 以前加入していた保険者名と記号・番号	保険者名		
		記号・番号	・	
	【必須】以下の内容を確認し□にチェックしてください。			
⑨	申請者本人（被保険者）確認欄	□	この申請書については、①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人が作成した。 ② 記載内容について誤りがないか確認した。	

受取代理人の記入欄

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※の受領に関すること。

※ 出産育児一時金等の支給額を上限とする。

令和　年　月　日

甲（被保険者）　住所　氏名

乙（医療機関等）　所在地　名称

受取代理人に対する支払金融機関	銀行 信用金庫	本店 支店		
	預金種別	□普通 ・ □当座 □その他（　　）	口座番号	
	口座名義（カタカナ）			

受付印

※ 訂正された場合は、二重線で抹消後訂正印を押印ください。

【添付書類】

母子手帳の出産予定日が分かる部分のコピーまたは出産予定日を証明する書類

※ 退職後に請求する場合は、『現況報告書』を添付ください。