

(あて先) _____

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者、世帯主又は組合員)	被保険者証の記号・番号		都		保 険 者	保 険 者 番 号	32130213			
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員)		氏名	(フリガナ) 印						
	※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。		住所	(フリガナ) 電話 ()						
	出生年月日		年		月		日			
	出産予定日・数		年		月		日 単・多(胎)			
	出産予定者		氏名	(フリガナ)						
	※申請者と同一の場合は不要です		出生年月日	年		月		日		
	出産予定医療機関等		名称	(フリガナ)						
			所在地	(フリガナ)						
	申請者に対する支払金融機関		銀行 金庫 信組		金融機関 コード		店・本店 支店・出張所		本店・支 店・出張 所コード	
預金種別		1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段		口座 番号		口座 名義 (フリガナ)				
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。 ※ 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。										
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					
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号					保 険 者 名					
受取代理人の欄	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(保険者が出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。									
	令和 年 月 日									
	甲の住所 氏名 印 乙の所在地 名称 印 電話 () 医療機関等コード 部署名・担当者名									
	受取代理人に対する支払金融機関		銀行 金庫 信組		金融機関 コード		店・本店 支店・出張所		本店・支 店・出張 所コード	
預金種別		1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段		口座 番号		口座 名義 (フリガナ)				
(備考欄)										

記入例

(あて先) 東京都職員共済組合

(出産費同附加金・家族出産費同附加金請求書添付用)

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者、世帯主又は組合員)	被保険者証の 記号・番号	都 01235678	保険者番号	32130213	
	申請者(被保険者、 世帯主又は組合員)	氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎	名称	東京都職員共済組合
		住所	〒163-0023 (フリガナ) シンジュクク チュウカ 新宿区中央〇-〇-〇	所在地	東京都新宿区西新宿2-8-1
	※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。	生年月日	昭和 61 年 5 月 5 日	電話	03 (5432) 6789
	出産予定日・数	令和 〇〇 年 5 月 1 日	単・多(胎)		
	出産予定者	氏名	キョウサイ ハナコ 共済 花子		
		生年月日	昭和 63 年 5 月 5 日		
	出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ) ミヤコサンフジシカ 都産婦人科		
		所在地	〒163-0000 (フリガナ) シンジュクク ニシンジュクク 新宿区西新宿△-△-△		
	申請者に対する 支払金融機関	銀行 金庫 信組	金融機関 コード	店・本店 支店・出張所	本店・支店・出張 所コード
預金 種別	1:普通 2:当座 3:別段	口座 番号	名義		
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。 ※ 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。					
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	
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号		保険者名	記号	番号	
受取代理人の欄	申請者(共済太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(都産婦人科)(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(保険者が出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。				
	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	作成日を記入してください。			
	甲の住所	新宿区中央〇-〇-〇			
	氏名	共済 太郎	共済	印	
乙の所在地	新宿区西新宿△-△-△				
名称	都産婦人科 院長 都 大助	社印	電話 03(5432)1987 医療機関等コード 131231231 部署名・担当者名 医事科 伊藤		
受取代理人に 対する支払金 融機関	みずほ	銀行 金庫 信組	金融機関 コード	0001	
	1:普通 2:当座 3:別段	口座 番号	1234567	名義	
			新宿	店・本店 支店・出張所	
				004	
				(フリガナ) ミヤコサンフジシカ イチヨウ ミヤコ ダイスケ 都産婦人科 院長 都 大助	
(備考欄)					

請求者記入欄

医療機関等記入欄