

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記 号		番 号		
	被 保 険 者	氏 名				
		住 所	〒 ー 電話 ()			
		生年月日	年 月 日			
	出 産 予 定 者	氏 名				
		生年月日	年 月 日			
		出産予定日	年 月 日		単胎・多胎(児)	
	出 産 予 定 医 療 機 関 等	名 称				
		所 在 地				
	被 保 険 者 対 する 支 払 金 融 機 関	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 出張所		普通・当座
口座番号			口座名義	フリガナ.....		
①または②に該当する方のみご記入ください						
①被保険者が出産予定で退職後6ヶ月以内 の出産のときは現在加入の保険		保険者名		記号・番号		
②被扶養者が出産予定で予定日より6ヶ月 以内に扶養認定の方は認定前加入の保険		保険者名		記号・番号		
受 取 代 理 人 の 欄	被保険者である甲()は、医療機関等である乙()を代理人と定め 次の権限を委任します。 甲が請求する出産育児一時金等のうち乙が甲に対して請求する出産費用の額(1児につき48万8千円： 但し産科医療保障制度に加入する医療機関等で分娩した場合は50万円)の受領に関する事。 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。					
	令和 年 月 日					
	甲(被保険者)	乙(代理人)				
	住所	住所				
氏名	氏名					
電話 ()	電話 ()					
受 取 代 理 人 対 する 支 払 金 融 機 関	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 出張所		普通・当座	
	口座番号		口座名義	フリガナ.....		
備考						