

(様式1)

(注意事項)

3 2 1
① 標題の被保険者と家族の別、および②欄はそれぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
③ 欄の振込を希望する金融機関については、被保険者名義の口座を指定してください。

該当にマル

被保険者
家族

出産育児一時金
出産育児一時金付加金

請求書

(受取代理用)

青枠内 → 被保険者が記入
点線(赤枠)内 → 受取代理人が記入

書	加	円	要	格	喪	年	月	日
---	---	---	---	---	---	---	---	---

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険	記号 番号	事業所の名称		
	被保険者	氏名	生月 年日	昭和・平成 年 月 日	
		住所	〒		
	① 出産予定者 ※被保険者本人の場合は	氏名	被保険者の配偶者が出産した場合は 配偶者氏名を記入	生月 年日	昭和・平成 年 月 日
	出産予定年月日	令和 年 月 日	② 出産	単 ・ 多 (胎)	
	出産予定医療機関等	(ア) 名称	(フリガナ)		
		(イ) 所在地	〒 (フリガナ)		
	申請者(被保険者)に対する支払金融機関				
	③ 振込を希望する本人名義の口座情報				
	※三菱UFJ銀行の口座をお持ちの方は、当該口座の指定をお願いいたします。				
被保険者(本人)名義の口座を記入					
※できましたら「三菱UFJ銀行」の口座を指定願います					
□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は上記の欄を記入)					
被保険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。(※)					
被保険者本人の退職等により、健康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			
		電話番号			
		記号	番号		
被保険者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			
		電話番号			
		記号	番号		

(※) 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を喪失した場合、資格を喪失した最後の被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。

受 取 代 理 人 の 欄	④ 私()は、医療機関等である()を代理人と定め、次の権限を委任します。また、私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。				
	私が請求する出産育児一時金等のうち、医療機関等が私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				
	住所	被保険者			
	氏名	TEL:			
	住所	代理人			
	氏名	TEL:			
	受取代理人(医療機関)に対する支払金融機関の欄				
	振込を希望する銀行等の名称 預金の種類及び口座番号				
	銀行 信用金庫		支店	正確に「フリガナ」をふってください	
普通 当座	口座番号	フリガナ	口座名義人		