

常務理事	事務長	課長	係

被保険者  
健康保険 家族 出産育児一時金請求書(事前申請用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号 番号			被保険者の 氏 名		
	被保険者の住所	〒				
	事業所の名称					
	被扶養者が出産するための 請求である時は、その者の	氏 名				
		生年月日		昭和・平成 年 月 日		
	入院する医療機関の	名 称				
		所在地				
	被保険者に対する支払い金融機関の欄					
	払込金融機関 (被保険者の名義)	フリガナ	種別	口座番号		
		銀 行 本店	普通	口座名義人	フリガナ	
	信用金庫 支店	貯蓄	氏 名			

☆ 出産予定日まで、1カ月以内でないと申請できません。

受 取 代 理 人 の 欄	甲( )は、医療機関等である乙( )を代理人と定め、次の権限を委任する。 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(上限:50万円)の受領 に関する事。					
	令和 年 月 日					
	甲(被保険者)の住所 氏名 (印)					
	乙(代理人)の住所 氏名 (印)					
受取代理人に対する支払い金融機関の欄						
払込金融機関	フリガナ	種別	口座番号			
	銀 行 本店	普通	口座名義人	フリガナ		
	信用金庫 支店	当座	氏 名			

- (注) 1. 被保険者が記入するところ及び受取代理人の欄の被保険者の住所・氏名を記入して下さい。  
2. 1.を記入後、出産予定の医療機関等で受取代理人の欄を記入してもらって下さい。  
3. 母子健康手帳等(出産予定日を証明する書類)の写しを添付して下さい。