

健康保険 被保険者
被扶養者

出産育児一時金支給申請書
【受取代理用】

被保険者情報	被保険者証 の記号番号	記号 ●●	番号 ×××	所属事業所 及び部署名	○○○株式会社 ○○支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 平成
	住所	〒123-4567 東京都○○区○○町1-2-3 △△マンション456号室			
	メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp			

申請内容	出産予定者 (該当に○)	被保険者 家族(被扶養者)	出産予定者 氏名	健保 花子
	出産予定日 及び胎児数	令和 ●年●月●日 单胎・多胎(児)	出産予定者 の生年月日	昭和 平成
	出産予定の 医療機関名称	○○産婦人科	出産予定の 医療機関住所	神奈川県横浜市○○町3-3-3
	■下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号 等 2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等		保険者名 電話 () 記号-番号	—

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい。

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者(申請者)	氏名	
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名	

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

振込先情報	金融機関コード	1234		支店コード	123
	金融機関名称	●● 銀行 信用金庫			本店 支店
	預金種別	普通 当座 ()	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)

備考	■申請書の受付は出産予定日の2か月前からになります。
	■母子手帳の出産予定日が分か部分のコピーまたは出産予定日を証明する書類を添付してください。

受取代理人の欄	令和 年 月		この欄は、医療機関に記入を依頼してください。		
	金融機関名称	銀行 信用金庫		本店 支店	普通・当座 その他()
	口座番号	口座名義 (カタカナ)			

個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)				受付日付印
※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点				