

支給決定 伺	常務理事	事務長			支給金額	
					医療機関等支給額	円
					出産育児一時金	法定(差額分)
						付加
					家族出産育児一時金	法定(差額分)
						付加
	資格取得年月日	昭和・平成	年	月	日	円
	資格喪失年月日	平成	年	月	日	円
					合計	円

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書 受取代理用

平成 年 月 日 申請

三岐しんきん健康保険組合 理事長 様
下記のとおり申請します。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号番号		被保険者(申請者)の氏名		印	生年月日		
	記号	番号				昭和	年 月 日	
						平成	年 月 日	
	被保険者(申請者)の住所		〒					
	事業所の名称							
	出産予定日・数		平成	年	月	日	単・多(胎)	
	出産予定者の氏名・生年月日 (申請者と同一の場合は不要です)		氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日生
	出産予定医療機関等		名称					
			所在地					
	申請者又は出産予定者が出産予定日から前6ヶ月以内に健康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喪失後、6ヶ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、健康保険の被保険者資格喪失後、6ヶ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ヶ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					記号		番号	
本申請に基づく給付金に関する受領を ⑩ に委任します。 平成 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 ⑩								
申請者に対する 支払金融機関		信用金庫 店	口座 番号			口座 名義	ふりがな	

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*の受領に関する事。 ※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。 平成 年 月 日 甲の住所 氏名 ⑩ 乙の所在地 名称 ⑩							
	受取代理人に対する 支払金融機関		金融機関名	銀行 信用金庫 農協	店 支店 出張所	預金 種別	1. 普通 2. 当座	
	口座 番号				口座 名義	ふりがな		

※ 母子手帳の写し(表紙と出産予定日が記載されているページ)、又は出産予定日を証明する書類を添付して下さい。
※ 本申請の対象者は、出産予定日まで2ヶ月以内の被保険者又は出産予定日まで2ヶ月以内の被扶養者を有す被保険者です。
平成26年1月1日 2版