

健康保険

被保険者
被扶養者

出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 す こ ろ	被保険者証 記号・番号	—		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	(フリガナ)			事業所	名称		
	被保険者 (申請者) 氏名			所在地			
	被保険者 (申請者) 住所	〒 —		電話	()		
	出産予定日	令和 年 月 日			出産児数	単・多(胎)	
	出産予定者 ※申請者と 同一の場合 は不要	氏名 (続柄)	()		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	出産予定の 医療機関等	名称			所在地		
被保険者名義 (申請者) 受取金融機関	銀行	本店	種 別	普 通 当 座	口座番号	7ケタで記入	
	信用金庫	支店			口座名義 (カタカナ)		
申請者又は出産予定者が出産予定日から6ヶ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。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員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、健康保険又は船員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			
				記号・番号	—		
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				保険者名			
				記号・番号	—		

受 取 代 理 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上限500,000円(産科医療補償制度対象出産でないときは488,000円)の受領に関する事。 ※令和5年3月31日までは420,000円（産科医療補償制度対象出産でないときは408,000円、令和3年12月までは404,000円）						
	令和 年 月 日 甲（被保険者）の住所 氏名 乙（代理人）の所在地 名称 電話 ()						
受取代理人 に対する 支払金融機関	銀行	本店	種 別	普 通 当 座	口座番号	7ケタで記入	
	信用金庫	支店			口座名義 (カタカナ)		
	信用組合						
	農協						

（千葉県トラック健康保険組合）

社会保険労務士の提出代行者名記載欄