

出産育児一時金・付加金  
家族出産育児一時金・付加金

支給申請書(受取代理用)

※申請した医療機関以外で出産することになった、または申請後出産日までに退職したときは、健保組合へご連絡をお願いします。  
※この請求書は出産予定日の二カ月前から出産日までに出産する間に当健保組合へ提出してください。(在職中の方は事業所経由)  
※出産予定日の医療機関が受取代理制度対象医療機関でない場合は、申請書を返戻させていただきます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号番号	記号	番号	被保険者 (申請者) 氏名・印	印
	被保険者 (申請者) 住所・電話番号	〒 -			TEL ( ) -
	事業所名称			出産予定日・数	平成 年 月 日 単・多(胎)児 令和
	出産予定 医療機関	名称	〒 -		
		所在地	〒 -		
	①被保険者が 出産する場合	当健保組合資格喪失後6ヵ月以内の出産で請求する場合、現在加入している健康保険について 健保・協会けんぽ等の名称 被保険者氏名 保険証記号・番号			
		健康保険組合 協会けんぽ・国保	記号	番号	
	②家族(被扶 養者)が 出産 する場合	氏名	生年月日	昭和 年 月 日 平成	
		当健保組合加入から6ヵ月以内に出産する場合、以前加入していた健康保険について 健保・協会けんぽ等の名称 加入時の氏名 保険証記号・番号			
		健康保険組合 協会けんぽ・国保	記号	番号	

請求金額の受領を下記の者に委任します。

令和 年 月 日 被保険者氏名 印 押印省略不可

委任されたものの  
事業所所在地  
事業所名称  
代表者氏名及び印

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※の受領に関すること。

※1児につき 上限金額 45万円 (出産育児一時金+付加給付金)  
・出産育児一時金 42万円 ただし、産科医療補償制度に未加入の医療機関等においては40.4万円。  
・付加給付金 3万円 ただし、資格喪失後の出産の場合はなし

令和 年 月 日

甲(被保険者) 住所 〒 - 乙(代理人) 所在地 〒 -

氏名 印 名称 印  
押印省略不可 TEL ( ) -

受取代理人に対する支払金融機関の欄

銀行名	本・支店名	区分	口座番号	口座名義
銀行 金庫 信組		普通 当座		フリガナ

備考欄

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。  
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)