〔記入例〕

No.

※組合記入欄	出産年月日	令和　年　月　日	決定標準報酬月額	常務理事	事務長	担当者
支給決定の額	A 出産育児一時金（法定給付費額）	円	千円			
	B 医療機関支払金額	円	資格等 取得	昭和 平成 令和　年　月　日		
	C 差額（A－B）	円	喪失	令和　年　月　日		
	D 出産育児一時金付加金	円	備考			
	E 合計（C＋D）	円				

健康保険　被保険者・家族（家族に○）　出産育児一時金・出産育児一時金付加金支給申請書（受取代理用）

日揮健康保険組合　理事長　殿

令和○○年○○月○○日　申請

被保険者の欄				
① 被保険者証の	記号 ×××　番号 ○○○	② 勤務している、または勤務していた事業所（会社）の名称	（任継者は「任意継続被保険者」、特退者は「特例退職被保険者」と記入してください。）○○○○株式会社	
③ 被保険者氏名	日　揮　太　郎　㊞（日揮）	④ 生年月日	昭和（○）平成　52年 11月 23日	
⑤ 家族が出産したための申請であるときはその旨	㋐ 氏名　日　揮　花　子	㋑ 生年月日	昭和（○）平成　56年 9月 15日	
⑥ 申請者の住所	〒			
⑦ 出産予定日	令和 1年 6月 25日	⑧胎児数	単（○）・多（　胎）	
⑨ 出産予定医療機関	㋐ 名称　○○○○産婦人科病院			
	㋑ 所在地　横浜市港南区上大岡○－○－○			
⑩ 家族（被扶養者）の出産で、その者が退職後6ヵ月以内の申請の場合	退職時の保険者（組合）名と電話番号　保険者名 ○○○○健康保険組合　電話番号 ○○○（○○○）○○○○			
	退職日　令和 1年 5月 31日	被保険者証の記号番号　記号 ×××　番号 ○○○		
	上記保険者（組合）へ出産育児一時金の請求はいたしません。	署名　日　揮　花　子		

受取代理人の欄

⑪ 被保険者（日　揮　太　郎）は、医療機関である（○○○○産婦人科病院）を代理人と定め、次の権限を委任します。また、出産育児一時金等の直接支払制度は利用しません。

被保険者が請求する出産育児一時金等のうち、医療機関が被保険者に対して出産に関し請求する費用の額

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

被保険者の住所　横浜市西区○○○○町○－○－○　○○○○○マンション○○○号室

氏名　日揮　太郎　㊞（日揮）

医療機関の所在地

名称　㊞　TEL（　　）

受取代理人（出産予定医療機関）記入欄

⑫ 受取代理人の振込金融機関		銀行 信組	信金 組合	店・本店 支店・出張所
預金種別	1：普通　4：通知 2：当座　5：貯蓄 3：別段	口座番号		口座名義 (ﾌﾘｶﾞﾅ)

※備考欄　組合使用欄

委任状

本依頼に基づく出産育児一時金および同付加金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。　令和 ○○年 ○○月 ○○日

被保険者　氏名　日　揮　太　郎　㊞（日揮）

代理人（事業主）　住所

氏名　㊞

事業所担当者印

※受付日付印