

被保険者 出産育児一時金 支給申請書 (受取代理用)  
 家族 出産育児一時金付加金

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	記号	番号	事業所名	
	被保険者氏名			被保険者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日
	被保険者の住所	〒 -			
	被保険者の連絡先	電話番号	- -	携帯番号	- -
	出産予定者 ※被保険者である場 合は記入不要です。	氏名			
		生年月日	平成 年 月 日	↓単・多胎のいずれかに○をつけ、多胎の場 合は胎児数をご記入ください。	
	出産予定日・数	平成 年 月 日		単・多 ( 胎)	
	出産予定の医療機関	名称			
		所在地	〒 -		
		電話番号	- -		
被保険者名義の振込口座を必ずご記入ください。					
振込先	銀行	支店	種別	口座番号	
			普通		
出産した方が以下の①または②に該当する場合は、いずれかに○を付けて、下欄に記入してください。 6か月以内に ① 他の健康保険の被保険者から当健保の被保険者または被扶養者になった方 ② 当健保の被保険者から他の健康保険の被保険者または被扶養者になった方 < ①の場合は加入していた健康保険、②の場合は加入している健康保険を記入 > 健康保険名: ..... 電話番号: ..... ※協会けんぽは支部名、国保は市町村名を記入 記号: ..... 番号: ..... 加入期間: ..... 年 月 日 ~ ..... 年 月 日 上記の健康保険に出産育児一時金を申請しますか(いずれかに○) → 申請した (または予定) 申請しない ※「申請した (または予定)」の場合は、当健保には申請できません。					

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 ( ) (以下「甲」という。)は、 医療機関である乙 ( )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及び出産育児一時金付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(上 限 被保険者 57万 家族 49.5万)の受領に関する事。 平成 年 月 日 大阪読売健康保険組合 殿					
	甲.(被保険者)の氏名 ..... ⑩ 〒 - 住所 ..... 〒 -					
	乙.(代理人)の所在地 ..... 電話 ..... ( ..... ) 名称 ..... ⑩					
	代理人名義の振込口座を必ずご記入ください。					
銀行名		支店名		種別	普通・当座	
口座番号		口座名義	フリガナ			

備考	
----	--

事業主住所氏名及び印
〒 -
⑩
( )

社会保険労務士の提出代行者印
⑩

~~~~~  
 受付日付印