

支給額								円	資格取得日	年	月	日
									資格喪失日	年	月	日
備考									出産した日	年	月	日

健康保険

被保険者
家族

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) が 記 入 す る と こ ろ	①健康保険被保険者証	記	号	番	号				
	②被保険者氏名 (申請者)	氏	名	フリガナ	③生年月日	昭和 平成	年	月	日
	④被保険者 (申請者)の現住所	フリガナ				⑤電話番号			
	⑥事業所名 住所・所属等	名	称		所	属	署		
		所	在	地		Tel			
	⑦被扶養者の出産 であるときはその者 の氏名等	氏	名		続	柄			
		生	年	月	日	昭和・平成・令和	年	月	日
	⑧出産予定日	令和	年	月	日	⑨出 産 予 定 数	単胎・多胎(児)		
	⑩出産予定 医療機関等	名	称	フリガナ					
		所	在	地	フリガナ 〒				
	⑪被保険者(申請書)の支払金融機関 ※被保険者の口座名義を記入ください。	* ゆうちょ銀行の場合は必ず銀行対応口座を記入				銀行 信金 信組	店・本店 支店・出張所		
		預金種別	普通 当座	口座 番号		口座 名義	カタカナ		
⑫・被保険者が1年以上被保険者であり、資格喪失後6ヵ月以内の分娩の時⇒現在加入している健康保険組合についてご記入ください↓ ・被扶養者(家族)がオリエントコーポレーション健康保険組合に加入して6ヵ月以内に分娩した時 ⇒以前加入していた健康保険についてご記入ください↓									
保険者名称 (健康保険)	健康保険組合			保険証の記号・番号					
電話番号	()			本人・家族の別		本人・家族			
加入期間	年	月	日	～	年	月	日	加入時の氏名	

⑪※出産費用が出産育児一時金の法定給付未満である場合は、その差額を被保険者(申請者)の希望金融機関へ支払します。

受 取 代 理 人 の 欄	申請者 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、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。								
	甲が申請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。								
	※出産育児一時金の支給額を上限とする。								
	令和 年 月 日 (甲)申請者(被保険者)の住所 氏名(被保険者) (乙)医療機関等の所在地 名称 ⑩ 電話 ()								
	受取代理人の 支払希望金融機関		銀行 金融 信組 店・本店 支店・出張所						
	預金種別	普通 当座	口座 番号		口座 名義	フリガナ			

受付日付印

社会保険労務士 の提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者氏名をご記入ください。