

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	19	番号	2355	
	②被保険者氏名 (申請者)	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	③生年月日	昭和 55 年 5 月 5 日 平成	
	④被保険者 (申請者)の現住所	フリガナ トウキョウトチヨダク〇△□マチ1-2-3 〇〇マンション501 〒100-5555 東京都千代田区〇△□町1-2-3 〇〇マンション501	⑤電話番号 Tel 090-1234-〇〇〇〇			
	⑥事業所名 住所・所属等	名称	株式会社〇〇〇		所 部 属 署	〇〇部 〇〇課
		所在地	東京都千代田区麹町5丁目2番地〇		Tel	03-5877-〇〇〇〇
	⑦被扶養者の出産 であるときはその者 の氏名等	氏名	健保 花子		続柄	妻
		生年月日	昭和 平成 令和 60 年 2 月 14 日			
	⑧出産予定日	令和 元 年 8 月 18 日	⑨出産 予定数	単胎 多胎 (2 児)		
	⑩出 産 予 定 等 医 療 機 関 等	名称	フリガナ オリコサンイン オリコ産院			
		所在地	フリガナ トウキョウトチヨダク〇△□マチ1-1-1 〒100-5555 東京都千代田区〇△□町1-1-1			
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 東京 銀行 信金 信組 〇〇〇 店・本店 支店・出張所					
	預金種別	普通 口座 当座 番号	0123456	口座 名 義	カタカナ ケンポ タロウ 健保 太郎	
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			
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(健保 太郎)は、医療機関等である 乙(オリコ産院)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、 ※出産育児一時金の支給額を上限とする 令和 元 年 5 月 17 日				
	代理人(乙)に委任した 日付を記入してください				
	出産を予定している 医療機関を記入してください				
	受取代理人 支払希望金融機 預金種別 普通 当座				
(甲)申請者(被保険者)の住所		東京都千代田区〇△□町1-2-3 〇〇マンション501			
氏名(被保険者)		健保 太郎			
(乙)医療機関等の所在地		東京都千代田区〇△□町1-1-1			
名称		オリコ産院			
受取代理人 支払希望金融機		銀行 金融 信組 〇〇〇 店・本店 支店・出張所			
預金種別 普通 当座		フリガナ オリコサンイン リジチョウ 〇〇〇〇 オリコ産院 理事長 〇〇〇〇			

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。
オリエントコーポレーション健康保険組合

受付日付印