

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)

申請者(被保険者)が記入するところ	被保険者証	記号		番号		
	申請者(被保険者)	氏名	(フリガナ)			
		住所	〒 ー 電話番号 ()			
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	出産予定日・数	令和 年 月 日 単・多 ()胎				
	出産予定者	氏名	(フリガナ)			
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)			
		所在地	〒 ー			
	申請者に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所				
預金種別		1、普通 3、別段 2、当座 4、通知	口座番号	口座名義	(フリガナ)	
※ゆうちょ銀行以外をお願いします						
申請者または出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険組合の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 ※健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に産まれた場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。						
申請者本人の退職等により、健康保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に産産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号番号		保険者名				
		記号		番号		
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に産産することによる申請である場合、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号番号		保険者名				
		記号		番号		

受取代理人の欄	申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)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。 (※)出産育児一時金等の支給額を上限とする。				
	令和 年 月 日				
甲の住所氏名	〒 ー ①				
乙の所在地名称	〒 ー ① 電話 ()				
受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所				
	預金種別	1、普通 3、別段 2、当座 4、通知	口座番号	口座名義	(フリガナ)
※ゆうちょ銀行以外をお願いします					

(備考欄) 東京都ニッパ健康保険組合 受付日付印
〒130-0014
東京都墨田区亀沢1-7-3
TEL 03-3626-1400

※ 被保険者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、備考欄に記載してください。
また、マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

添付書類

※ 被保険者記号番号に代えて、マイナンバーにより申請を行った場合、次の書類を1点、またはそれぞれ1点ずつの添付が必要となります。

1点のみ	個人番号確認 および本人確認が 同時にとれる書類	個人番号カードの写し
1点それぞれ	個人番号 確認書類	・通知カードの写し ・個人番号が記載された住民票(写しでも可)
	本人確認書類	・免許証の写し ・パスポートの写し ・その他、写真付き身分証明書