

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、世帯主又は組合員)	被保険者等	記号	401	番号	XXXXXXXX		
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員) <small>※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。</small>	氏名	(フリガナ) ボウエイ タロウ 防衛 太郎				
		住所	〒 162-8853 (フリガナ) トウキョウトシンベジュクタイチガヤホンムラチヨウ5-1 東京都新宿区市谷本村町5-1 電話 XXX (XXXX) XXXX				
		生年月日	1990 年 10 月 15 日				
	出産予定日・数	2025 年 4 月 1 日 (単) ・ 多 ( 胎 )					
	出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です</small>	氏名	(フリガナ) ボウエイ ハナコ 防衛 花子				
		生年月日	1990 年 9 月 3 日				
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) ボウエイピョウイン 防衛病院				
		所在地	〒 171-0014 (フリガナ) トウキョウトシマクイケブクロ2-2-4 東京都豊島区池袋2-2-4				
	申請者に対する支払金融機関	共済 (銀行 金庫 信組) 市ヶ谷 (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	1234567	口座名義	(フリガナ) ボウエイ タロウ 防衛 太郎	

申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険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条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出生された場合、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、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出生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か月以内に出生することによる申請である場合は、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

申請者( 防衛 太郎 )(以下「甲」という。)は、医療機関等である( 防衛病院 )(以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任しました。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等の支払額は、出産育児一時金等の支給額(被保険者が出産した医療機関等から支払われる額)とします。  
※ 出産育児一時金等の支給額(被保険者が出産した医療機関等から支払われる額)とします。  
令和 8 年 3 月 10 日  
甲の住所 東京都新宿区市谷本村町5-1  
氏名 防衛 太郎

出産予定日前 1 か月以内の日付

乙の所在地  
名称 電話 ( )

受取代理人に対する支払金融機関  
金融機関記入欄  
銀行 金庫 信組  
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	(フリガナ)
------	--------------------------	------	--	------	--------

(備考欄)