

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被保険者等	記号	401	番号	XXXXXXX	
申請者(被保険者、世帯主又は組合員)	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) トウキョウトシンジュククイチガヤホンムラチョウ5-1 東京都新宿区市谷本村町5-1			
	生年月日	1990年 10月 15日			
電話	XXX (XXXX) XXXX				
出産予定日・数	2025年 4月 1日 (単) • 多 (胎)				
出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です	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) ボウエイビュウイン 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	銀行 金庫 信組				差額を振込で希望 する場合は記入の上、 通帳のコピーを添付
	預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	1234567	(フリガナ) ボウエイ タロウ 防衛 太郎
店・本店 支店・出張所					

申請者又は出産予定者は出産予定日から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か月以内に出産された場合、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か月以内に出産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	

受取代理人の欄	<p>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す。 甲が請求する出産育児一時金等の出産に関し請求する費用の額※の受領に関する事。</p> <p>※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。</p> <p>出産予定日 1か月以内の日付</p> <p>令和 8年 3月 10日</p> <p>甲の住所 東京都新宿区市谷本村町5-1</p> <p>氏名 防衛 太郎</p> <p>乙の所在地</p> <p>名称</p> <p>電話 ()</p>				
	<p>金融機関記入欄</p> <p>受取代理人に対する支払金融機関</p>				
	預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号		(フリガナ)
(備考欄)					