東亞合成健康保険組合　行

事前申請用

支給決定・支給伺			常務理事		事務長		係
	受取代理人	円					
	被保険者	円					
	支給額計	円					

受付日付印

被保険者
被扶養者

出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

令和　　年　　月　　日提出

※母子健康手帳の氏名が記載されているページの写し＊表紙など＊と出産予定日が分かるページの写しを添付してください

申請者（被保険者）が記入するところ

被保険者等記号・番号	記号		番号	
申請者（被保険者）	氏名	（フリガナ）		
	住所	〒 電話　（　　）		
	生年月日	年　　月　　日		
出産予定日・数	年　　月　　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）		
	生年月日	年　　月　　日		
出産予定 医療機関等	名称	（フリガナ）		
	所在地	〒		

申請者に対する支払金融機関　※喪失者及び任継の方のみ必須	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）

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

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

乙の所在地

名称　　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　4:通知 2:当座　5:貯蓄 3:別段	口座番号		口座名義	（フリガナ）

記入例　東亞合成健康保険組合　行

事前申請用

支給決定・支給伺			常務理事		事務長		係
	受取代理人	円					
	被保険者	円					
	支給額計	円					

受付日付印

被保険者
被扶養者

出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

令和　　年　　月　　日提出

※母子健康手帳の氏名が記載されているページの写し＊表紙など＊と出産予定日が分かるページの写しを添付してください

申請者（被保険者）が記入するところ

被保険者等記号・番号	記号	○○	番号	○○○○○○
申請者（被保険者）	氏名	（フリガナ）トウア　タロウ 東亞　太郎		
	住所	〒 ○○県○○市○○町×番地－×		
		電話　（　　）		
	生年月日	○○年　○○月　○○日		
出産予定日・数		○○年　○○月　○○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）トウア　ヨシコ 東亞　良子		
	生年月日	○○年　○○月　○○日		
出産予定医療機関等	名称	（フリガナ） 凸凹産婦人科医院		
	所在地	〒 東京都品川区大井1丁目×－××		

申請者に対する支払金融機関 ※喪失者及び任継の方のみ必須	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）

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

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

乙の所在地

名称　　電話　（　　）

こちらの受取代理人の欄も必ずご記入ください。

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　4:通知 2:当座　5:貯蓄 3:別段	口座番号		口座名義	（フリガナ）