健康保険　被保険者／家族　　出産育児一時金請求書(受取代理用)

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号	記号	番号		フリガナ	
				氏名	㊞
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)					
住所	〒 電話　(　)				
事業所の名称(会社名)				出産予定日	年　月　日
出産する人(○印する)	・被保険者本人 (退職後の出産の場合は下記②を記入)			・被扶養者 (下記①を記入)	
① 被扶養者が出産したとき	被扶養者氏名			生年月日	年　月　日
	(※) 被扶養者が出産前6ヶ月以内に他の健康保険に加入していた場合は記入して下さい。	勤務先名		電話　(　)	
		加入していた健康保険	名称		
			電話	(　)	
			保険証記号・番号	・	
②被保険者が退職後6か月以内に出産したとき	退職後加入している健康保険等の内容	健康保険組合 社会保険事務所 国民健康保険 共済保険 (○をつけて下さい)	名称		
			電話	(　)	
			保険証記号・番号	・	
			区分	被保険者　・　被扶養者	
出産予定の医療機関	名　称				
	所在地				

医療機関等の出産に係わる請求額が受取委任額未満である場合、差額分の受領を　　に委任する。

被保険者氏名　　㊞

受取代理人に関する欄

甲(　　)は、医療機関等である乙(　　)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。

甲が請求する出産一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(　　円)の受領に関すること。

年　月　日

甲(被保険者)の住所　〒　－

氏名　　㊞

乙(代理人)の住所　〒　－　電話番号　(　)

氏名　　㊞

受取代理人に対する支払い金融機関の欄

金融機関名	店名	預金種別	口座番号
		1. 普通　2. 当座	
口座名義(カタカナで記入)			

日本交通健康保険組合

※母子健康手帳の『氏名が記載されているページの写し』と『出産予定日がわかるページの写し』を添付してください。

※事前申請は、出産予定日まで2ヶ月以内の方が対象です。

※出産費用が出産育児一時金の額を上回った場合、その超過分は被保険者が医療機関へ支払うこととなります。

受付印