

出産育児一時金受取代理申請書

申請者 (世帯主) 記入欄	被保険者証	記号		番号		
	申請者 (世帯主)	氏名 個人番号	印			
		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 個人番号				
		生年月日	年	月	日	
	出産予定保険 医療機関等	名称				
		所在地				
	申請者に支給する一時金の受領については、下記のとおり振込を依頼します。 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します (マイナポータル等から登録した口座を利用される方) ※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は 必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。					
申請者に対する 支払金融機関	銀行・農協 金庫・組合				店・本店 支所・出張所	
	預金 種別	1 普通 2 当座	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)	
出産予定者が出産予定日から6月以内に健康保険又は船員保険の被保険者資格を喪失している 場合は、以下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。						
本市国民健康保険加入前に、出産予定者本人が1年 以上健康保険又は船員保険の被保険者であった場 合、本市国民健康保険加入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	申請者は、保険医療機関等である () を代理人と定め、次の権限を委任しま す。また、申請者は、出産育児一時金の保険医療機関等への直接支払制度は利用しません。 委任する権限 申請者が請求する出産育児一時金のうち、代理人が申請者に対して出産に関し請求する費用の 額 (出産育児一時金の支給額の範囲内に限る。) の受領に関すること。 年 月 日					
	保険医療機関等の所在地 名称 電話 ()					
	代理人に対する 支払金融機関	銀行・農協 金庫・組合				本店・支店 支所・出張所
預金 種別		1 普通 2 当座	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)	

出産者の 資格取得日	年 月 日	取得日から6月 以内の出産の場合	1 保険加入歴	有 ・ 無	受 付
			2 保険の区分	社保・社扶・共済・他国保	
			3 社保本人	1年以上・1年未満	

