

記入例

常務理事	事務長	グループ長	係員

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

受付番号

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		事業所名称	〇〇株式会社		
	記号	153	番号	440	事業所所在地	大阪市〇〇区〇〇-〇〇
	被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ) セキグチ カズオ 積口 一夫	生 年 月 日	昭和・平成 〇〇年 12月 1日生		
	被保険者(申請者)の住所	(フリガナ) オオサカシ〇〇ク△△-△△ 〒547-〇〇〇〇 大阪市〇〇区△△-△△	被保険者(申請)が資格喪失後に請求の場合(*1も記入) 資格喪失年月日 平・令 年 月 日			
	出産予定日	令和 〇〇年 3月 1日	出産予定数	単・多 (胎)	被保険者との続柄	妻
	被扶養者の出産に関する申請であるときはその者の氏名	(フリガナ) セキグチ ヨシコ 積口 良子	生 年 月 日	昭和・平成 〇〇年 11月 1日生 昭・平・令 〇〇年 11月 30日 認定後6ヶ月以内の出産予定の際は*2も記入		
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) タナカサンフジナカ 田中産婦人科			
		所在地	〒530-〇〇〇〇 大阪市〇〇区〇-〇-〇			
	入 す る と こ ろ	<p>申請者又は被扶養者が出産予定日から6ヶ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 <small>※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ヶ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。</small></p> <p>*1 出産予定者がセキスイ健康保険組合の被保険者資格喪失後、6ヶ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・番号を記入</p> <p>*2 被扶養者がセキスイ健康保険組合の被扶養者認定後、6ヶ月以内に出生することによる申請である場合、その被扶養者が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号・資格取得日・資格喪失日・資格の別を記入</p>				
	備 考 欄	<p>被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。 <small>(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)</small></p>				
<p><対象者> 出産育児一時金の受取代理の申請対象者は、被保険者(出産貸付制度を利用する者を除く)で出産育児一時金等の支給を受ける見込みがあり、かつ出産予定日まで2ヶ月以内の者又は出産予定日まで2ヶ月以内の被扶養者を有する者。 <申請の際の必要添付書類> *1の場合と、*2で被扶養者認定前に被保険者として1年以上加入していた場合は、「[出産育児一時金未払証明書]」についての念書を添付。 出産後に「出産育児一時金未払証明書」をセキスイ健康保険組合へ提出してください。 <その他ご注意> ① 事前申請が必要です。② 被保険者の印は、2箇所必要です。③ ◎扶養認定日は健康保険被保険者証に記載されています。 ④ 本申請書で定めた受取代理人である医療機関等以外で出産することになった場合は、速やかにセキスイ健康保険組合までご連絡ください。</p>						

*1、*2のいずれかに該当する場合には必ず記入してください。

※下記受取代理人(医療機関等)に支払う出産費用の額が、出産育児一時金の額より少ないときはその差額を被保険者に支給します。

受 取 代 理 人 の 欄	甲(積口 一夫)は、医療機関等である乙(田中産婦人科 田中 〇〇)を代理人と定め、次の権限を委任する。 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。 甲がセキスイ健康保険組合に請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受取に関する事。 ※出産育児一時金等の法定支給額を上限とする。				
	令和 〇〇年 5月 10日				
	甲(被保険者)の 〒547-〇〇〇〇		乙(代理人)の 〒530-〇〇〇〇		
	住所 大阪市〇〇区△△-△△		住所 大阪市〇〇区〇-〇-〇		
	氏名 積口 一夫		氏名 田中産婦人科 田中 〇〇		
	電話 06(△△△△)〇〇〇〇		電話 06(××××)××××		
	受取代理人(乙)に対する支払金融機関の欄				
	金融機関名	店名	預金種別	口座番号	口座名義
	〇〇銀行	大阪店 (店番号: ※※※)	普・当	22225	(フリガナ) タナカ 〇〇 田中 〇〇