

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	被保険者等 記号・番号			事業所名称		
	記号		番号	事業所所在地		
	被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ)			生 年 月 日	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 年 月 日
					昭和・平成 年 月 日生	
	被保険者 (申請者) の住所	(フリガナ) 〒 -				
	出産予定日	令和 年 月 日	出産予定数	単・多 (胎)	被保険者との続柄	
	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)			生 年 月 日	◎ 扶 養 認 定 年 月 日
					昭和・平成 年 月 日生	昭・平・令 年 月 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)			
		所在地	〒 -			
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。</small>						
*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・番号を記入			保険者名			
*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ヶ月以内に出産す 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			記号	番号		
			保険者名			
			記号	番号		
			資格取得年月日	平・令 年 月 日		
備考欄			資格喪失年月日	令 和 年 月 日		
			資格の別 該当に○	被保険者 ・ 被扶養者		
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、被保険者のマイナンバーを備考欄へ記載してください。						
<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 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。						

※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()は、医療機関等である乙()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 年 月 日				
	甲(被保険者)の 〒 -		乙(代理人)の 〒 -		
	住 所		住 所		
	氏 名		氏 名		
	電 話 ()		電 話 ()		
	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
		(店番号:)	普・当		(フリガナ)