記入欄				
健保	資格取得	昭・平・令　年　月　日	出産予定年月日	令　和　年　月　日
	資格喪失	令　和　年　月　日	支払年月日	令　和　年　月　日

被保険者
家　族

出産育児一時金・付加金・支給申請書（受取代理用）

※マイナポータルの健康保険証情報または、「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」にある記号・番号をご記入ください。

被保険者が記入するところ					
被保険者の記号と番号※	記号　　番号		事業所の名称		
被保険者の（請求者）	氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	
被保険者の（請求者）住所及び連絡先	〒　－　　☎：日中の連絡先　（　　）				
出産予定日	令和　年　月　日		出生児の数	単胎　・　多胎（　胎）	
被扶養者の出産のときはその者の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	
出産予定医療機関などの	名称				
	所在地	〒　－　☎　（　）			
被保険者の公金受取口座を利用する場合は右記に☑。→ 利用しない場合は下記口座情報を記入。↓			☐　：　公金受取口座を利用します。		
振込先名称の	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協　本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座 別段	支店番号　口座番号
	預金者氏名（カタカナ）				

受取代理人の欄					
請求者「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。 甲が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（上限５０万円）及び支給通知書の受領に関すること。					
令和　年　月　日	甲（被保険者）の	〒　－ 住所 氏名			
	乙（代理人）の	〒　－ 所在地 名称			
受取代理人の振込先名称	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協　本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座 別段	支店番号　口座番号
	預金者氏名（カタカナ）				

【留意事項】
＊受取代理の申請の対象者は、被保険者であって出産育児一時金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となります。
＊出産育児一時金付加金及び、上記上限額にならないときはその差額を併せて被保険者へ支給します。
＊健康保険法第１０６条（被保険者期間が１年以上有り、資格喪失後６ヶ月以内の出産）である場合は現在加入している資格確認書等の〔写〕を添付願います。

（備考欄）

受付日付印

被保険者証の記号番号を記入の場合省略できます。
被保険者のマイナンバー
□□□□□□□□□□□□
※記入の際には別途添付書類が必要となります。
給付課までお問い合せ願います。

東京都医業健康保険組合

（7・4改）