

健康 保 険 者 の 記 入 欄	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  
出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

※マイナンバー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		( )						
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）										
	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	〒 -		☎ ( )				
	振被 込保 先險 名者 称の	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。↓				<input type="checkbox"/> : 公金受取口座を利用します。						
	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	<p>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。</p> <p>令和 年 月 日 〒 -</p> <p>甲（被保険者）の 住所 氏名 〒 -</p> <p>乙（代理人）の 所在地 名称</p>											
	振受 込取 先代 理理 人名 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)						.....	.....			

東京都医業健康保険組合

(8・4改)

〔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。  
 \* 出産育児一時金の上限額にならないときはその差額を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)

受付年月日

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わせ願います。