

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・同付加金支給申請書(受取代理申請用)

年 月 日 提出

被保険者が記入するところ	記号番号	記号	番号				
	社員番号			被保険者(申請者)住所	〒		
	被保険者(申請者)氏名(自著)	フリガナ			電話 ()		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日		※日中つながる電話番号をご記入ください。		
	出産予定者が被扶養者である場合、その者の氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日	被保険者との続柄
	出産予定年月日	令和	年 月 日	出産予定数	単胎・多胎(児)		
	出産予定医療機関等	(名称)	(所在地)〒		電話 ()		
	■被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、現在の保険証の種類を記入してください。			保険者名(国民健康保険又は、健保組合名など)	電話 ()		
	■被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、以前加入していた保険証の種類を記入してください。			記号	番号		
				被保険者氏名(世帯主名)			
振込希望口座	銀行 本店 信金・信組 支店		普通・当座				
	店番号	口座番号	フリガナ				
			名義人				

※被保険者以外の口座にお振込み希望の場合は、委任状(健保HPに掲載)をご提出ください。

受取代理人(医療機関)記入欄	被保険者である甲()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。					
	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。					
	甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関する事。					
	※出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。					
	年 月 日					
甲(被保険者)	住所	〒				
	被保険者名					
乙(医療機関等)	所在地	〒				
	医療機関名					
	代表者名					
	電話					
受取代理人支払金融機関	銀行 本店 信金・信組 支店	普通・当座	口座番号			
	口座名義	(フリガナ)				

留意事項

1. 出産費用の実費が出産育児一時金・付加金の額より少ない場合、その差額は被保険者本人に支払われます。
2. 申請後に受取代理人として指定した医療機関等以外で出産することとなった場合には、速やかにその旨を書面にて健康保険組合迄ご連絡ください。
3. 出産育児一時金の受取代理を申請できるのは、出産育児一時金の支給を受ける見込みがあり、出産予定日まで2ヵ月以内である被保険者、または出産予定日まで2ヵ月以内である被扶養者を持つ被保険者です。
4. 被保険者の出産で出産日に資格喪失している場合は付加給付金は支給されません。また、被扶養者の出産で、出産日に扶養削除されている場合は当組合の受取代理制度は利用できません。
5. 虚偽の申請等不正行為が発覚した場合は、健康保険法第58条により、既に受けている保険給付を返還いただき、さらに同法第120条により、6ヶ月を限度に罰則的給付制限を行うことがあります。

健保受付日付印