

記入例

出産育児一時金等支給申請書(受取代理制度用)

豊田自動車健康保険組合 御中

提出日 令和6年 12月 10日

被保険者(申請者)記入欄	被保険者証等の記号・番号	記号	99	番号	99999	被保険者氏名	健保 太郎									
	連絡先住所電話番号	〒	999	-	9999	自宅TEL	(0566)	21	-	6543	携帯TEL	(090)	1234	-	5678	
	会社名	株式会社 ○○○○														
	所属	○○工場 ○○部 ○○課 ○○組														
	出産予定の方が被扶養者の場合	氏名	健保 花子			続柄	妻		生年月日	平成 3年 3月 3日						
	出産予定日と出産予定数	出産予定日	令和 6年 12月 25日			出産予定数	単胎 ・ 多 (胎)									
	出産予定分娩機関	名称	△△産婦人科クリニック													
		所在地	愛知 都道府県 △△市□□町1-1													
	退職後6か月以内の出産ですか?	<input checked="" type="checkbox"/> はい	「はい」の場合は以前の健康保険についてお答えください。なお添付書類は①②③です。 <input type="checkbox"/> 当健保加入の被保険者だった } 加入健康保険者名 ○○健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 他健保加入の被保険者だった } 加入期間 令和2年 4月 1日 <input type="checkbox"/> その他( ) } ~ 令和6年 9月 30日 <input type="checkbox"/> いいえ 「いいえ」の場合、添付書類は①②です。													
	振込先金融機関	☆振込先は会社を退職された方や任意継続の方のみご記入ください。 ○○○○ 銀行 信用金庫 農協 △△ 本店 支店 出張所 預金種目 普通 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 銀行コード 9 8 7 6 支店コード 5 4 3 口座名義 被保険者名義のみ カタカナで記入 ケンポ タロウ														

- ☆添付書類
- ①母子健康手帳の表紙のコピー
  - ②母子健康手帳の出産予定日のページのコピー、または出産予定日を証明する書類のコピー
  - ③不支給証明書(原本)(退職後6ヶ月以内の出産の場合のみ)

申請者( **健保太郎** )(以下「甲」という。)は、分娩機関である( **△△産婦人科クリニック** )(以下「乙」という。)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分娩機関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※の受領に関すること。  
 ※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。

令和 6年 12月 10日

甲の住所 **愛知県刈谷市宝町○-○**

氏名(自筆) **健保 太郎**

この所在地

名称	TEL ( )													
受取代理人に対する支払金融機関	銀行	信用金庫	農協	本店	支店	出張所	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	銀行コード			支店コード										
	預金種目	1.普通		2.当座		口座名義	フリガナ							

分娩機関にてご記入ください

健保記入欄	決定事項	支給・不支給(理由)				産科医療補償制度	加入・未加入
	対象者	被保険者・被扶養者				受取代理額	円
	資格喪失日(対象者のみ)	年	月	日	被保険者支給額	円	
	受付通知書送付日	年	月	日	支給合計	円	
	決裁	常務理事	事務長	GM	担当	健保受付印	