

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 | | | | | | | |
| | 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 | |