電設工業健康保険組合　御中

出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

申請者（被保険者）が記入するところ

健康保険の		記号		番号	
申請者（被保険者）	氏名	㊞			
	住所	〒　　電話　（　　）			
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日			
出産予定日・数	令和　　年　　月　　日　　単・多（　　胎）				
出産予定者 ※ 申請者と同一の場合は不要です	氏名				
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日			
出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)			
	所在地	〒			
申請者に対する支払金融機関	銀行・信金・信組・農協　　支店・本店・出張所				
	預金種別	普通・当座	口座番号		口座名義 (フリガナ)

申請者又は出産予定者が出産予定日から６か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。

※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。

申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号	保険者名			
	記号		番号	
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号	保険者名			
	記号		番号	

受取代理人の欄

申請者（　　）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（　　）（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※の受領に関すること。

※　出産育児一時金等の支給額を上限とする。

令和　　年　　月　　日

甲の住所

氏名　　㊞

乙の所在地

名称　　㊞　　電話　　（　　）

受取代理人に対する支払金融機関	銀行・信金・信組・農協　　支店・本店・出張所				
	預金種別	普通・当座	口座番号		口座名義 (フリガナ)

マイナンバー記入欄（健康保険の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認本人確認をするための添付書類が必要です。

公金受取口座を利用する場合は、下記に☑をご記入ください。（利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。）

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

社会保険労務士の提出代行者印		㊞

東京都板橋区坂下1-33-12

電設工業健康保険組合

電話 03-5970-0306