【様式A】健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

パレット健康保険組合

被保険者等	（記号） —（番号）	（記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください） — — —	
被保険者氏名		生年月日	1.昭和 2.平成 年 月 日
		事業所名称	
被保険者住所	〒 — 電話番号 （ ）		
出産予定者（※被保険者の場合は不要）	（被扶養者氏名） （続柄）	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
		扶養認定日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
出産予定日	令和 年 月 日	出産予定児数	単胎 ・ 多胎（ 胎）
出産予定医療機関等	名称（フリガナ）		
	所在地 〒 — 電話番号 （ ）		

① 被保険者(本人)が資格喪失(ご退職)後 6 か月以内に出産した場合は、現在加入している健康保険組合等の名称などを記入

② 被扶養者(家族)が扶養認定後 6 か月以内に出産した場合は、認定直前に加入していた健康保険組合等の名称などを記入

健康保険組合等の名称など	電話番号 （ ）
被保険者等	（記号） —（番号）

※出産費用が 50 万円(48.8 万円)に満たない場合は、下記口座にお振込いたします。(被保険者名口座に限ります)

差額振込欄

□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。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。) ※口座情報の反映には日数を要します。

金融機関コード		支店コード		フリガナ	
金融機関名	銀行 信用金庫	支店名	本店 支店	口座名義	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号			

※「甲」欄は被保険者、「乙」欄は代理人（医療機関等）それぞれ記入をお願いします。

受取代理人欄

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。甲は、出産育児一時金等の医療機関等へ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。

令和 年 月 日

甲（被保険者）の 住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

乙（代理人）の 住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話番号 （ ）

添付書類	・出産される方の氏名と出産予定日を証明する書類（母子健康手帳の写し等）

受付日付印

(2024.12.2)

健保記入欄

資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
受付No.		産科医療制度	加入 ・ 加入なし
受付通知発送日(健→医)	令和 年 月 日	請求書受付日(医→健)	令和 年 月 日
医療機関支給額	円	差額支給額	円