

被保険者証	(記号) — (番号)	事業所の名称	
被保険者氏名		生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日
被保険者の住所	〒 —	電話番号 ( )	
扶養家族の出産はその方の氏名と続柄	(被扶養者名) (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)
出産予定の医療機関等	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の名称等を記入		健康保険組合等の名称など	電話番号 ( )
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の名称等を記入		被保険者証	(記号) — (番号)

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

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。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

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄
-----

【個人情報保護法への取り組みについて】

本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において知り得た個人の情報について、他の目的のために使用したり、第三者に提供することはありません。

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

被保険者証	(記号) 000 (番号) 1234567	事業所の名称	ABC株式会社
被保険者氏名	健保 太郎	生年月日	1.昭和 2.平成 6年1月5日
被保険者の住所	〒 000-3333 東京都豊島区池袋1丁目2-3 □△マンション123 電話番号 080 (0000) 1111		
扶養家族の出産はその方の氏名と続柄	(被扶養者名) 健保 花子 (続柄) 妻	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 7年2月10日
		扶養認定日	1.昭和 2.平成 3.令和 2年4月1日
出産予定日	令和 5年3月21日	出産予定児数	単胎・多胎(胎)
出産予定の医療機関等	名称 (フリガナ) マルマルサンフジンカイイン 〇〇産婦人科医院	所在地	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇1丁目1-123 電話番号 03 (1234) 5678
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の名称等を記入	健康保険組合等の名称など	電話番号 ( )	(記号) (番号)
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の名称等を記入	被保険者証	—	

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

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	999	支店コード	9999	フリガナ	ケンボ タロウ	
	金融機関名	A 銀行 信用金庫	支店名	AB 本店 支店	口座名義	健保 太郎	
預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7				

※「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。

受取代理人の欄	申請者(健保 太郎) (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 5年 1月 3日
	甲(被保険者)の住所 東京都豊島区池袋1丁目2-3 □△マンション123 氏名 健保 太郎
	乙(代理人)の住所 医療機関記入 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
------	-------------------------------------	-------

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

【個人情報保護法への取り組みについて】

本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において知り得た個人の情報について、他の目的のために使用したり、第三者に提供することはありません。

2023.10

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	申請書受付日(医→健)	令和 年 月 日
	医療機関支給額	円	差額支給額	円