

被保険者等	(記号) (番号) 000 — 1234567	(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	健保 太郎	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 6年1月5日
		事業所名称 ABC商事株式会社
被保険者住所	〒 000-3333 東京都豊島区南池袋1丁目10-13 □△マンション123 電話番号 080 (0000) 1111	
出産予定者 (※被保険者の場合は不要)	(被扶養者氏名) (続柄) 健保 花子 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 医療機関等	名称 (フリガナ) マルマルサンフジンカイン 〇〇産婦人科医院	〒 123-4567 東京都□□区□□1丁目1-123 電話番号 03 (1234) 5678
	所在地	
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	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等の名称などを記入	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、下記口座にお振込みいたします。(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	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 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	東京都豊島区南池袋1丁目10-13 □△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

(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	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