

(様式1)

支 給 額		支 給 決 定 伺		
出産育児一時金		令和 年 月 日 決定		
出産育児付加金		常務理事	事務長	担当者
合 計				

記入例

受付印

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被保険者自署の場合は捺印省略可

◎申請書・添付書類の裏紙印刷及び写真印刷は不可。消せるボールペンで記入した場合は、書き直しをしていただきます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等	記号	10000	番号	1254507
	申 請 者 (被保険者)	氏 名	(フリガナ) キリン タロウ キリン 太郎	自署の場合は捺印省略可 	
		住 所	〒230-9876 (フリガナ) カナガワケン ヨコハマシ ヨコハマ 神奈川県横浜市横浜 10-10-10 電話 045 (678) 9123		
	出産予定日・数	生年月日	昭和・平成 5 年 5 月 5 日 令和 8 年 9 月 3 日 (単)・多 (胎)		
	出 産 予 定 者 *申請者と同じの場合は不要です。	氏 名	(フリガナ) キリン フウコ キリン 風子		
生年月日		昭和・平成 5 年 7 月 10 日			
出 産 予 定 医療機関等	名 称	(フリガナ) ハレルヤジョサンイン ハレルヤ助産院			
	所在地	〒184-2022 (フリガナ) トウキョウト チュウオウシ シブヤ 東京都中央市渋谷2-2-2			
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条又は健康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した最後の保険者から出産した最後の保険者により、申請者本人の退職等により、6か月以内に出産することになっている保険者名と記号・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					
被保険者への振込が発生した場合の受領を(【事業主】 事業主記載欄)に委任します。					
令和 8 年 8 月 23 日 (被保険者) 住所 神奈川県横浜市横浜 10-10-10 氏名 キリン 太郎					
受 取 代 理 人 の 欄	申請者(キリン 太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(ハレルヤ助産院)(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(保険者が出産育児一時金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 8 年 9 月 5 日				
	甲の住所 神奈川県横浜市横浜 10-10-10 氏名 キリン 風子				
	乙の所在地 東京都中央市渋谷2-2-2 名称 ハレルヤ助産院 晴流谷 歌子 電話 03 (2323) 0606				
受取代理人に対する支払金融機関	東京中央XYZ 銀行		本 店・支店		
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	92128989	口座名義	(フリガナ) ハレルヤジョサンイン ハレルヤ ウタコ ハレルヤ助産院 晴流谷 歌子
麒麟ビール健康保険組合 御中 【添付書類】 母子健康手帳の氏名が記載されているページの写し。					調査印 
備考欄					事業所担当者印 

◇被保険者証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、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
 ◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。