

出産育児一時金支給申請書（受取代理用）の記入等について

健康保険 被保険者
被扶養者 出産育児一時金支給申請書
【受取代理用】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名 〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日 昭和 ●●年●●月●●日 平成
	住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室		
	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp		

申請内容	出産予定者(該当に○)	被保険者 家族(被扶養者)	出産予定者氏名 健保 花子
	出産予定日及び胎児数	令和 ●●年●●月●●日 単胎・多胎(児)	出産予定者の生年月日 昭和 ●●年●●月●●日 平成
	出産予定の医療機関名称	〇〇産婦人科	出産予定の医療機関住所 神奈川県横浜市〇〇町3-3-3
	■下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号等 2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号等		1 保険者名 電話 () 記号-番号 -

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者(申請者)	氏名
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏名

振込先情報	金融機関名称	銀行 信用金庫	本店 支店	支店番号	123
	預金種別	普通 当座	口座番号	1234567	口座名義(カタカナ) ケンボタロウ

備考
 ■申請書の受付は出産予定日の2か月前からになります。
 ■母子手帳の出産予定日が分かる部分のコピーまたは出産予定日を証明する書類を添付してください。

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(保険者が出産育児一時金等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 年 月			
	③ この欄は、医療機関に記入を依頼してください。			
	受取代理人に対する支払金融機関			
金融機関名称	銀行 信用金庫	本店 支店	預金種別	普通・当座 その他()
口座番号	口座名義(カタカナ)			

受取代理制度を利用する方は、申請書を出産予定日の2か月以内に当組合に提出してください。

記入項目について

- ① 出産した方が被保険者であった方で、退職後6か月以内の出産の場合は、現在加入の保険者名と記号番号を記入してください。出産した方が家族(被扶養者)で6か月以内に扶養認定している場合は、以前加入していた保険者名と記号番号を記入してください。
- ② 給付金の振込先は、日本国内の口座で被保険者名義のものを記入してください。
- ③ 医療機関に記入を依頼してください。

添付書類について

申請書に下記書類を添付して提出してください。

- 母子手帳のコピー等、出産予定日まで2か月以内であることを証明する書類

提出先・お問い合わせ先

APアウトソーシング株式会社
 〒162-0825 東京都新宿区神楽坂1-15 神楽坂1丁目ビル
 TEL 0120-924-873 (PPSコンタクトセンター/メニュー番号2)
 Si-helpdesk@apol.jp