

日本年金機構健康保険組合 行

健康保険

被保険者 [本人]  
被扶養者 [家族]

出産育児一時金・出産育児付加金 支給申請書【受取代理用】

被保険者が記入するところ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者 (申請者)の 氏名と印	(フリガナ)			勤務先 (配属先) 事業所の 所在地				
	被保険者 (申請者) の住所	〒 - 電話番号 ( - - )							
	出産予定年月日	令和	年	月	日	出産児の予定数	単胎・多胎 ( 児 )		
	被扶養者が出産 する場合は、 その方の氏名	(フリガナ)			被扶養者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ)						
		所在地	〒 - 電話番号 ( - - )						
	申請者に対する 支払金融機関	金融機関	銀行・金庫・信組						本店 支店
		預金種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号				口座 名義	(フリガナ)
	被保険者 [本人] が出産 する場合	ア. 今回の申請は、退職等により、日本年金機構健康保険組合の被保険者資格の喪失後6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか							<input type="checkbox"/> はい
イ. 上記アで「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者になっていますか								<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ウ. 上記イで「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください								保険者名	
被扶養者 [家族] が出産 する場合	エ. 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか							<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	オ. 上記エで「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか							<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	カ. 上記オで「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください							保険者名	
受取代理人の欄	※ 甲欄は被保険者、乙欄は代理人(医療機関等)が、それぞれ記入・捺印のこと								
	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。 令和 年 月 日								
	・ 甲(被保険者)の住所 氏名							印	
	・ 乙(代理人)の所在地 医療機関等の名称 氏名							印	
受取代理人に 対する 支払金融機関	金融 機関	銀行・金庫・信組						本店 支店	
	預金 種別	1. 普通 2. 当座 3. 別段	4. 通知 5. 貯蓄	口座 番号				口座 名義	(フリガナ)
(備考欄)									

留意事項について、裏面を参照してください。

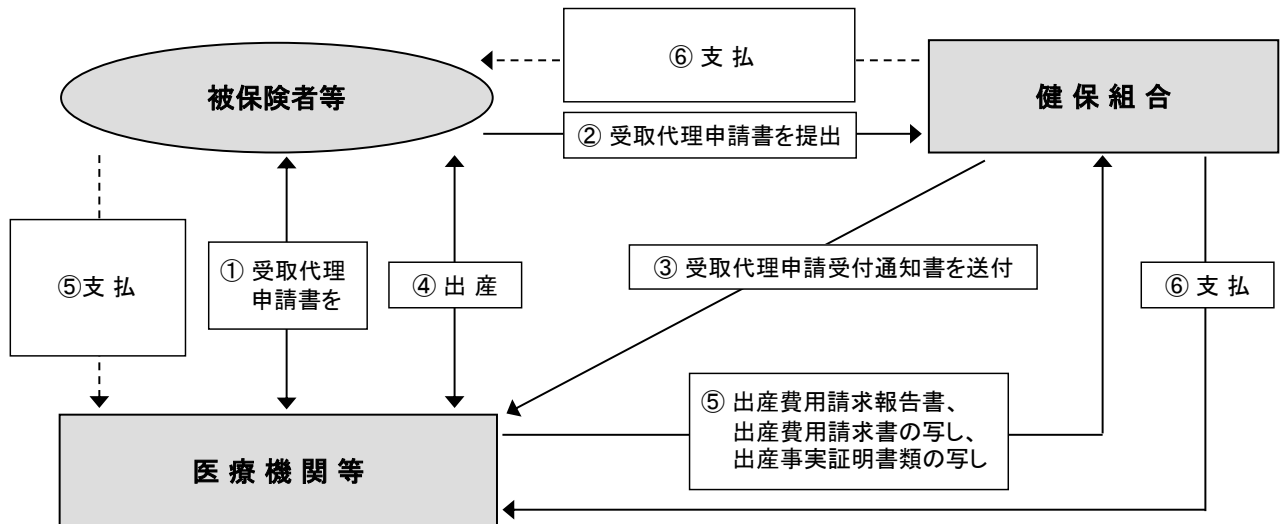
日本年金機構健康保険組合

## 【留意事項】

### ■ 添付書類等について

1. 出産予定日の2カ月前からの申請となります。
2. 母子健康手帳の「氏名が記載されているページ」及び「出産予定日が記載されているページ」の写し、または出産予定日まで2カ月以内であることの医療機関等の証明書

### ■ 受取代理制度の流れ



※ 対象医療機関等：年間分娩件数100件以下の診療所、助産所や正常分娩に係る収入の割合が50%以上の診療所、助産所を目安として、受取代理制度を導入する医療機関等は、厚生労働省に届け出ることとされています。