

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金・付加金請求書（事前申請用）

(様式第1号)

※保険証の記号・番号を記入

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 1	被保険者資格取得日	平成 令和	年 00	月 04	日 01	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 令和	年	月	日	
	被保険者氏名と印	フリガナ ケンボ タロウ	健保 太郎	被保険者住所	〒 228-0000 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室								
	生年月日	昭和・平成 〇〇年 12月 20日						電話	00 (1234) 5678				
	所属部署名及び電話	株式会社 〇〇〇〇 〇〇支店						電話	00 (8765) 4321				
	被扶養者の出産である場合はその者の氏名	健保 花子			被保険者と出産する者の続柄	妻			出産予定日	平成 令和	年 01	月 12	日 31
	入院する医療機関	名称	〇〇レディースクリニック			所在地	〇〇県〇〇市2-2-2						
	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない		出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由									
	①資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その保険証の保険者名・電話番号・記号・番号について				保険者名	() 社会保険事務所 () 国民健康保険 () 健康保険組合							
	②被扶養者が出産した日の半年前に被保険者であった場合は、その当時の、保険者名・電話番号・記号・番号について				電話番号								
					記号				番号				
被保険者に対する支払金融機関の欄 (医療機関への支払金が規定支給額未満であった場合等の支払口座)				(添付書類) 母子健康手帳の氏名及び出産予定日を確認できる面の写し									
〇〇 銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合													
支店番号	普通 当座			口座番号 (右づめ)									
1 2 3				0 0 1 2 3 4 5									
名義人(フリガナ)	ケンボ タロウ												
	健保 太郎												

※被保険者名義の口座を記入

被保険者である甲()は、医療機関等である乙()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)を上限とすること。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

甲(被保険者)の 住所 〇〇県〇〇市1-2-3〇〇マンション105号室
氏名 健保 太郎

乙(代理人)の 所在地
医療機関名
代表者名 ※医療機関等が記入します
電話

受取代理人に対する支払金融機関の欄												
銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合												
支店番号	普通 当座			口座番号 (右づめ)								
				※医療機関等が記入します								
名義人(フリガナ)												

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出
受付日付印