支給額	￥
出産育児一時金	
出産育児付加金	

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当者
資格取得日	年　月　日	
資格喪失日	年　月　日	

【受取代理用】 健康保険　被保険者 家族　出産育児一時金･付加金申請書

被保険者が記入するところ

被保険者の記号番号 ―		事業所の	名称	
			所在地	
被保険者（請求者）の氏名	（フリガナ） ㊞		生年月日	昭和 平成　年　月　日
被保険者（請求者）の住所と電話番号	〒			TEL
出産予定日	令和　年　月　日		出生児の予定数	単胎・多胎（　児）
出産予定者氏名	被保険者・家族		生年月日	昭和 平成　年　月　日
出産予定医療機関等の	名称			
	所在地	〒		TEL
振込を希望する金融機関	銀行			本店・支店
	普通・当座		口座名義（被保険者名）	

*被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に出産する場合→現在加入している健康保険について記入して下さい。
*被扶養者（家族）が当健保組合に加入して6ヶ月以内に出産する場合→以前に加入していた健康保険について記入して下さい。

健保等の名称		保険証の記号番号	
加入期間	～	加入時の氏名	

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）、それぞれ記入･捺印のこと＊

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･付加金の支給額52万円を上限とする。（産科医療補償制度対象の出産でない場合は50万8千円）

令和　年　月　日

甲（被保険者）の住所

氏名　㊞

乙（代理人）の所在地

名称　㊞　TEL　（　　）

受取代理人の支払金融機関	銀行	本店・支店
	普通・当座	（フリガナ） 口座名

【添付資料】 母子手帳の氏名、出産予定日のわかるページの写し、または出産予定日のわかる証明書類の写し

日本信号健康保険組合

受付印