(受付)

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

受付月日

事業主健保所管箇所		
長	長	担当者

健康保険(被保険者・家族)出産育児一時金請求書[事前申請用]

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号		生　年　月　日	
６１４８－５１２３４５６		昭和５９年　１月２０日	
被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　ケンポ　ハナコ 健保　花子	被保険者所属	○○（株）□□事業部
被保険者証住所	(ﾌﾘｶﾞﾅ) □□県△△市☆☆町２－２		

分娩者および生年月日	氏名	生年月日

出産予定日・数	令和５年　４月　１６日　【　単　・　多（　）】
分娩予定医療機関名称住所	名称：(ﾌﾘｶﾞﾅ)　△△病院 所在地：(ﾌﾘｶﾞﾅ)　□□県△△市××町３－３

被保険者に対する支払金融機関の欄（退職者および任意継続被保険者のみ記入のこと）

金融機関名	店名	預金種別	口座番号

※ 事前申請後であっても当該申請書が棄却となる場合がありますので、ご了承願います。なお、この場合においては、健康保険組合からその旨連絡させていただきます。

受取代理人の欄

甲(　　)は、医療機関等である乙(　　)を代理人と定め、次の権限を委任する。
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のうち、乙が甲に対して出産に関して請求する費用の額(上限４８．８万円)※の受領に関すること。

令和　　年　　月　　日
甲(被保険者)の住所　□□県△△市☆☆町２－２
氏名　健保　花子　印　※自筆の場合、押印省略可

乙(代 理 人)の所在地　□□県△△市××町３－３
名　称　△△病院　印
電話　（　　）

受取代理人に対する支払金融機関の欄

金融機関名	店名	預金種別	口座番号
□□銀行	××支店	普通	１２３４５６７

口座名義(ﾌﾘｶﾞﾅ)	△△ビョウイン

※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において在胎週数２２週に達した日以後に出産した場合の法定給付の額は５０万円となる。

健保組合使用欄

支給金額								
医療機関								円
被保険者								円

<家族出産の場合>
扶養認定年月日　昭和平令　年　月　日

入力受付№

(支払)

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

※ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

（令和５年４月）

(受付)

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

受付月日

事業主健保所管箇所		
長	長	担当者

健康保険(~~被保険者~~・家族)出産育児一時金請求書[事前申請用]

被保険者が記入するところ					
被保険者証の記号・番号			生　年　月　日		
６１４８－５１２３４５６			昭和５８年　４月１０日		
被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　ケンポ　タロウ 健保　太郎		被保険者所属	○○（株）□□部	
被保険者証住所	(ﾌﾘｶﾞﾅ) □□県△△市☆☆町２－２				
分娩者および生年月日	氏　名		生　年　月　日		
	健保　花子		昭和５９年　１月２０日		
出産予定日・数	令和５年　４月　１６日		【　単　・　多（　）】		
分娩予定医療機関名称住所	名　称	(ﾌﾘｶﾞﾅ) △△病院			
	所在地	(ﾌﾘｶﾞﾅ) □□県△△市××町３－３			

被保険者に対する支払金融機関の欄（退職者および任意継続被保険者のみ記入のこと）

金融機関名	店名	預金種別	口　座　番　号

※ 事前申請後であっても当該申請書が棄却となる場合がありますので、ご了承願います。なお、この場合においては、健康保険組合からその旨連絡させていただきます。

受取代理人の欄

甲(　　)は、医療機関等である乙(　　)を代理人と定め、次の権限を委任する。
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のうち、乙が甲に対して出産に関して請求する費用の額(上限４８．８万円)※の受領に関すること。

令和　　年　　月　　日

甲(被保険者)の住所　□□県△△市☆☆町２－２
氏名　健保　太郎　印　※自筆の場合、押印省略可

乙(代 理 人)の所在地　□□県△△市××町３－３
名　称　△△病院　印
電話　（　　）

受取代理人に対する支払金融機関の欄

金融機関名	店名	預金種別	口　座　番　号
□□銀行	××支店	普通	１２３４５６７

口座名義(ﾌﾘｶﾞﾅ)	△△ビョウイン

※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において在胎週数２２週に達した日以後に出産した場合の法定給付の額は５０万円となる。

健保組合使用欄

支給金額								
医療機関								円
被保険者								円

<家族出産の場合>　昭 平 令　年　月　日
扶養認定年月日

入力受付№

(支払)

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

※ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

（令和５年４月）