

受付年月日	年 月 日
支給額	円
支給内訳	出産育児一時金 円
	出産育児一時金付加金 円

記入例

保険証に記載されている記号番号を記入して下さい。

支給支払確認欄		
資格取得日	年 月 日	
資格喪失日	年 月 日	
支払年月日	年 月 日	
常務理事	事務長	係員

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書(受取代理用) 日本飛行機健康保険組合

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	2	番号	9999	
	被保険者(申請者)	氏名	健 保 太 郎			
		住所	〒236-0001 横浜市金沢区昭和町〇〇〇 電話 045 (123) × × × ×			
		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	出産予定日・数	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (単) ・ 多 (1 胎)				
	出産予定者 <small>※被保険者の場合は不要です</small>	氏名	健 保 花 子	被保険者との続柄	妻	
		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	出産予定医療機関等	名称	〇〇中央病院			
		所在地	〒236-0001 横浜市金沢区昭和町9-9-9			
	申請者に対する支払金融機関	本申請に基づく給付金が受取代理人の請求額を超える場合、その差額を下記口座に振り込みます。 みずほ銀行 横浜支店 保険給付金振込口座 (出張旅費振込口座)				
被保険者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険記載をお願いします。 <small>※健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。</small>						
被保険者の退職等により、健康保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出生することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号			保険者名			
			記号		番号	
被保険者の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出生することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号			保険者名			
			記号		番号	

退職等で被保険者の資格を喪失した(する)場合のみ記入して下さい。

受取代理人の欄	申請者(健 保 太 郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇中央病院)(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。				
	××年 ××月 ××日				
	甲(申請者)住所 横浜市金沢区昭和町〇〇〇				
	氏名 健 保 太 郎 ↓病院に記入して頂いて下さい。				
	乙(代理人)所在地 横浜市金沢区昭和町9-9-9 名称 〇〇中央病院 電話 045 (〇〇〇) × × × ×				
受取代理人に対する支払金融機関	預金種別	病院で記入してもらって下さい。口座名義のフリガナは必ずお願いします。		銀行金庫等組	店・本店 支店・出張所
		口座名義	(フリガナ)		

添付書類 母子健康手帳(写し)その他出産予定日を証明できる書類

出産予定日まで2か月以内の方が申請可能 【記載内容の訂正方法】訂正するときは二重線で抹消のうえ正しい内容を記載し訂正者の氏名(サイン)または認印を押してください。