

健康保険被保険者(被扶養者)出産育児一時金付加金支給申請書

[受取代理申請用]

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号番号	記号		コーポレートID		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
		番号									
	被保険者 氏名	フリガナ									
		(自 署)									
	被保険者 住所	〒									
事業所名											
部署名	電話 ()										

申 請 内 容	出産者	フリガナ	被保険者 との続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	出産予定日 及び胎児数	年 月 日	出産予定医療機関の 産科医療補償制度加入の有無		あり ・ なし				
		単胎 ・ 多胎 (児)							
	出生児の氏名 ※1	フリガナ	被保険者と 出生時の続柄		出生者は被扶 養者であるか	はい ・ いいえ			
出産予定 医療機関名称		出産予定 医療機関住所	〒						
			電話 ()						
1. 被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請 (現在加入している保険者名・記号番号を記入)		保険者名※							
2. 被扶養者が扶養認定後6ヶ月以内の出産で申請 (以前加入していた保険者名・記号番号を記入)		電話 ()							
※国民健康保険の場合は市区町村名、協会けんぽの場合は 都道府県支部、健保組合の場合は組合名を記入		被保険者氏名 (世帯主名)							
		記号番号							

受 取 代 理 人 (医 療 機 関) が 証 明	申請者() (以下「甲」)は、医療機関等である() (以下「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等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。 令和 年 月 日									
	甲(被保険者) 住 所 〒 氏 名									
	乙(医療機関等)所在地 〒 名 称 代表者名 電 話									
	受取代理人に対する 支払金融機関	銀行 信金 信組								
	預金種別	普通 当座	口座番号 (右詰め)							
	口座名義 (フリガナ)									

振 込 先 情 報	※振込先口座については以下の通りです。 ①在籍者は会社の給与振込口座へ ②任意継続者は給付金振込先口座へ ③退職者は支給時に確認	健 保 記 入 欄	支給額	法定給付	円	令和 年 月 日提出 受付日付印
				付加給付	円	
				合計	円	

※1 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要

添付書類

- 母子手帳の氏名および出産予定年月日が記載されているページ(写)または出産予定年月日を証明する書類

留意事項

- 当請求を行れた場合は出産にかかった費用として法定給付と付加給付を合わせた金額を上限とし実費の範囲内で直接医療機関へ支払われます
- 上限を下回った場合は別途差額を被保険者へ支給します
- 当請求につきましては出産予定日の1ヶ月前までに行ってください

シミックグループ健康保険組合