

健康保険

被保険者
被扶養者

出産育児一時金
(事前申請受取代理用)

支給申請書

被保険者(申請者)・
医療機関 記入用

下記の事由に該当するため、申請します。

申請日 年 月 日

直接支払(支払処理機関をとおす)制度を利用していない医療機関等で分娩し、受取代理(支払処理機関をとおさない)制度を利用する医療機関で分娩予定の場合【申請は予定日まで1ヶ月以内とする】(詳細はホームページ)

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号(1か2)	番号(06270748ではありません)(右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号(マイナンバー)を記入してください				
	氏 名	(フリガナ)	印		自署の場合は 押印を省略 できます	生年月日	年 月 日	
被 保 険 者 記 入 欄	分 娩 者 氏 名	続 柄		生年月日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	出 産 予 定 日	年 月 日		出 生 予 定 数		児		
	差額発生時の振込先 ※口座は被保険者名義の口座を記入してください							
	金 融 機 関 名 称 (<small>コード</small>)		()		支 店 名 (<small>コード</small>)		()	
	預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口 座 番 号 (<small>右づめ</small>)	()	口 座 名 義 (<small>カタカナ</small>)	()		
※分娩予定者が、出産予定日から6ヶ月以内に健康保険の資格喪失(被保険者)または資格取得(被扶養者)の場合のみ記入								
被 保 険 者 は 現 在 加 入 の 保 険 者 情 報		保 険 者 名		被 保 険 者 記 号		被 保 険 者 番 号		
被 扶 養 者 は 以 前 加 入 の 保 険 者 情 報								

受 取 代 理 人 の 欄	請求者() (以下「甲」という)は、医療機関である() (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請求する費用の額の受領に関すること 年 月 日								
	甲(被保険者)の住所								印
	甲(被保険者)の氏名								
	乙(代理人)の住所								印
乙(代理人)の氏名									
金 融 機 関 名 称 (<small>コード</small>)		()		支 店 名 (<small>コード</small>)		()			
預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口 座 番 号 (<small>右づめ</small>)	()	口 座 名 義 (<small>カタカナ</small>)	()				

添付書類 母子手帳など、その他出産を証明する書類の写し

※産科医療保障制度未加入の出産・死産、海外での出産の場合は48万8千円

※医療機関等からの請求額が50万円未満の場合は、請求金額を
医療機関等へ、差額を被保険者の所定口座に支払います。

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印
