

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (受取代理用)

被 保 険 者 (本 人)	被保険者等	記号 番号		被保険者氏名					
	事業所名称								
	被扶養者が 出産の場合	氏名		続柄					
		生年月日	昭和・平成	年	月	日			
	出産予定日	令和	年	月	日	妊娠経過期間	ヶ月	週	
記 入 欄	出産予定の 医療機関	名称							
		所在地	〒						
	被保険者に対 する支払金融 機関	銀行 金庫 農協	店 支店 出張所	預金種別	普通・当座				
				口座番号					
フリガナ									
口座名義									
受 取 代 理 人 の 使 用 欄	申請者である甲（ ）は、医療機関等である乙（ ）を代理人と定め、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（上限50万円）の受領に関する権限を委任する。								
	甲	〒				令和	年	月	日
	(被保険者)住所 氏名						印		
	乙	〒				〔出産予定日証明欄〕			
受取代理人 の支払金融 機関	銀行 金庫 農協	店 支店 出張所	預金種別	普通・当座					
			口座番号						
			フリガナ						
			口座名義						
LIXIL健康保険組合 理事長 殿									
上記のとおり、出産育児一時金の申請をいたします。									
〒									
住所									
被保険者（申請者）									
氏名									

【注意事項】

- 1) 申請には、出産予定日まで2ヵ月以内であること、及び医療機関等の同意を必要とします。
- 2) 代理人（医師）は対象者が、出産予定日まで2ヵ月以内である旨の証明をすること。
- 3) 出産費請求が上限額を超えた場合、その差額は被保険者が医療機関等に直接支払うこと。
- 4) 支給対象者でなくなった場合、受取代理人以外で出産することになった場合には、健保組合に連絡のこと。
- 5) 自署の場合は押印を省略できます。
- 6) 消せるペンは使用不可です。

記入見本

健康保険

被保険者

家族

出産育児一時金請求書 (受取代理用)

被 保 険 者 (本 人)	被保険者等	記号 番号	131 00000	被保険者氏名	健保 花子	
	事業所名称	株式会社LIXIL				
	被扶養者が 出産の場合	氏名			続柄	
	出生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	出産予定日	令和	00	年	00	月
記 入 欄	出産予定の 医療機関	名称	00総合病院			
	所在地	〒0000-0000 東京都墨田区錦糸0-0				
	被保険者対 する支払金融 機関	0000 銀行 0000	店	預金種別	普通・当座	
		金庫	支店	口座番号	* * * * * *	
		農協	出張所	フリガナ	ケンポ タロウ	
			口座名義	健保 太郎		
受 取 代 理 人 の 使 用 欄	申請者である甲 (健保 太郎) は、医療機関等である乙 (00産婦人科) を代理人と定め、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 (上限50万円)の受領に関する権限を委任する。					
	甲	〒	000-0000	令和00年00月00日		
	(被保険者)住所	東京都00区00町0-0-0				
	氏名	健保 太郎				
	乙	〒				
(受取代理人)所在地	東京都墨田区錦糸0-0					
名称	00総合病院					
電話	(03)	0000	-	0000	令和00年00月00日	
受取代理人 の支払金融 機関	0000 銀行 0000	店	預金種別	普通・当座		
	金庫 0000	支店	口座番号	* * * * * *		
	農協	出張所	フリガナ	00ソウゴウビョウウインインチョウ00		
			口座名義	00総合病院院長00		



自署(名前を直接手書きで記入)の場合は、押印を省略できます。

LIXIL健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり、出産育児一時金の申請をいたします。 令和 00 年 00 月 00 日

〒 000-0000

住所 東京都00区00町0-0-0

被保険者 (申請者) 氏名 健保 太郎

【注意事項】

- 1) 申請には、出産予定日まで2ヵ月以内であること、及び医療機関等の同意を必要とします。
- 2) 代理人 (医師) は対象者が、出産予定日まで2ヵ月以内である旨の証明をすること。
- 3) 出産費請求が上限額を超えた場合、その差額は被保険者が医療機関等に直接支払うこと。
- 4) 支給対象者でなくなった場合、受取代理人以外で出産することになった場合には、健保組合に連絡のこと
- 5) 自署の場合は押印を省略できます。
- 6) 消せるペンは使用不可です。

記入見本

健康保険

被保険者

家族

出産育児一時金請求書 (受取代理用)

被 保 険 者 (本 人)	被保険者等	記号 番号	131 00000	被保険者氏名	健保 太郎	
	事業所名称	株式会社LIXIL				
	被扶養者が 出産の場合	氏名	健保 花子		続柄	妻
	出生年月日	昭和 (平成) 00年 00月 00日				
	出産予定日	令和 00年 00月 00日	妊娠経過期間	00ヶ月 00週		
記 入 欄	出産予定の 医療機関	名称	00総合病院			
	所在地	〒0000-0000 東京都墨田区錦糸0-0				
被 保 険 者 に 対 す る 支 払 金 融 機 関	0000 銀行 0000 金庫 農協	店	預金種別	普通・当座		
		支店	口座番号	* * * * * *		
		出張所	フリガナ	ケンポ タロウ		
			口座名義	健保 太郎		
受 取 代 理 人 の 使 用 欄	申請者である甲 (健保 太郎) は、医療機関等である乙 (00産婦人科) を代理人と定め、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 (上限50万円)の受領に関する権限を委任する。					
	甲	〒 000-0000	令和00年 00月 00日			
	(被保険者)住所	東京都00区00町0-0-0				
		健保 太郎				
	乙	〒				
(受取代理人)所在地	東京都墨田区錦糸0-0		〔出産予定日証明欄〕			
名称	00総合病院		令和00年 00月 00日			
電話	(03)	0000 - 0000				
受 取 代 理 人 の 支 払 金 融 機 関	0000 銀行 0000 金庫 0000 農協	店	預金種別	普通・当座		
		支店	口座番号	* * * * * *		
		出張所	フリガナ	00ソウゴウビョウウインインチョウ00		
			口座名義	00総合病院院長00		



自署(名前を直接手書きで記入)の場合は、押印を省略できます。

LIXIL健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり、出産育児一時金の申請をいたします。 令和 00年 00月 00日

〒 000-0000

住所 東京都00区00町0-0-0

被保険者 (申請者) 氏名 健保 太郎

【注意事項】

- 1) 申請には、出産予定日まで2ヵ月以内であること、及び医療機関等の同意を必要とします。
- 2) 代理人 (医師) は対象者が、出産予定日まで2ヵ月以内である旨の証明をすること。
- 3) 出産費請求が上限額を超えた場合、その差額は被保険者が医療機関等に直接支払うこと。
- 4) 支給対象者でなくなった場合、受取代理人以外で出産することになった場合には、健保組合に連絡のこと。
- 5) 自署の場合は押印を省略できます。
- 6) 消せるペンは使用不可です。