健康保険　被保険者・家族　出産育児一時金・付加金請求書（事前申請用）

※保険証の記号・番号を記入

（様式第１号）

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号番号	記号 1 / 番号 123456	被保険者資格取得日	平成・令和 ○○年 04月 01日
被保険者資格喪失日（喪失後の場合）	平成・令和　年　月　日		
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ　タロウ 健保　太郎	被保険者住所	〒 228-0000 ○○県○○市1-2-3 ○○マンション105号室
生年月日	昭和・平成 ○○ 年 12 月 20 日		電話 03 (1234) 5678
所属部署名及び電話	株式会社　○○○○　○○支店		電話 00 (8765) 4321
被扶養者の出産である場合はその者の氏名	健保　花子	被保険者と出産する者の続柄	妻
出産予定日	平成・令和 01年 12月 31日		
入院する医療機関	名称 ○○レディースクリニック	所在地	○○県○○市2-2-2
出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由	

①資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その保険証の保険者名・電話番号・記号・番号について

②被扶養者が出産した日の半年前に被保険者であった場合は、その当時の、保険者名・電話番号・記号・番号について

保険者名	（　　）社会保険事務所 （　　）国民健康保険 （　　）健康保険組合
電話番号	
記号	番号

（添付書類）母子健康手帳の氏名及び出産予定日を確認できる面の写し

被保険者に対する支払金融機関の欄
（医療機関への支払金が規定支給額未満であった場合等の支払口座）

銀行・信用金庫・信用組合	○○○	本店・支店	××
支店番号	普通・当座	口座番号（右づめ）	
1 2 3		0 0 1 2 3 4 5	
名義人(ﾌﾘｶﾞﾅ)	ケンポ　タロウ		
	健保　太郎		

※被保険者名義の口座を記入

受取代理人の欄

被保険者である甲（　　）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）を上限とすること。

令和　○○年　○○月　○○日

甲（被保険者）の　住所　○○県○○市1-2-3○○マンション105号室
氏名　健保　太郎

乙（代理人）の　所在地
医療機関名
代表者名
電話

※医療機関等が記入します

受取代理人に対する支払金融機関の欄

銀行・信用金庫・信用組合		本店・支店	
支店番号	普通・当座	口座番号（右づめ）	
※医療機関等が記入します			
名義人(ﾌﾘｶﾞﾅ)			

令和○○年○○月○○日提出

受付日付印

PwC健康保険組合