

被保険者
被扶養者

出産育児一時金請求書（受取代理申請用）

常務理事	事務長	担当者

神栄健康保険組合 御中

提出日： 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号	—	事業所名称	
	被保険者氏名		生年月日	年 月 日
	被保険者の住所		電話	()
	出産する方	本人（被保険者） ・ 家族（被扶養者）		
	家族の場合はその方の氏名		生年月日	年 月 日
	出産予定日	年 月 日	出産予定人数	単胎 ・ 多胎 (児)
	出産予定の医療機関	名称 所在地		
	・ 出産予定者が「被保険者」の場合 ⇒退職後6ヶ月以内の出産予定ですか ・ 出産予定者が「家族」の場合 ⇒扶養認定後6ヶ月以内の出産予定ですか			はい ・ いいえ
	「はい」の場合、 被保険者 ⇒現在加入している保険者について 家族 ⇒扶養認定前に加入していた保険者について		保険者名 (健保組合等)	
			記号・番号	—
	同一の出産について、上記の保険者より出産育児一時金を		受ける予定 ・ 受けない	
	委任状 ※退職者は記入不要	医療機関等へ支払う出産費用が出産育児一時金より少なかった場合は、その差額分の受領を事業主に委任します。 年 月 日 被保険者名 _____		
	差額振込希望の金融機関 ※退職者のみ記入	金融機関名 口座No.	普通 当座	支店名 フリガナ 口座名義

受 取 代 理 人 (医 療 機 関) 記 入 欄	被保険者は、以下の医療機関を代理人と定め、次の権限を委任します。 被保険者が請求する出産育児一時金のうち、以下の医療機関が被保険者に対して請求する費用の額（1児につき上限42万円）の受領に関する事。 年 月 日			
	被保険者の住所 氏名			
	医療機関の所在地 名称 代表者名			
	受取代理人 支払金融機関	金融機関名 口座No.	普通 当座	支店名 フリガナ 口座名義

(注意事項)

※事前申請が必要です。出産育児一時金の受取代理を申請できるのは、出産予定日まで2か月以内である被保険者、または出産予定日まで2か月以内である被扶養者をもつ被保険者です。

※出産費用の実費が出産育児一時金より少ない場合は、神栄健康保険組合でその差額を計算し、事業主経由で被保険者に支払います。